Maryland Digestive Disease Center
A Division of Capital Digestive Care, LLC

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
A Division of AmSurg Corporation

CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

CapitalDigestiveCare.com/mdd

Stop Colon Cancer Now.com™

Screening Colonoscopy Letter (Dear Patient) 환자분들에게

메리랜드 내시경 센터에 장 내시경에 관해 문의 전화를 해주셔서 감사합니다. 저희는 건강한 환자분들을 위해서 상담 없이 내시경 예약을 할 수 있는 조약을 만들었습니다.

첫번째 조약은 첨부된 서류에 있는 개인정보, 보험과 치료 허가서, 환자 병력등을 자세히 작성해 주시는 것을 요구합니다. 저희 오피스에서 모든 서류를 받은뒤에 그들을 검토하며, 내시경검사 예약을 위해 전화를 할 것입니다. 내시경 검사를 예약하신 뒤에는, 내시경을 하기 위해 장을 비우는 법에 대해 상세한 지침 설명서를 보내드릴 것입니다.

환자분의 병력 서류를 최대한 자세히 작성해 주시는 것은 굉장히 중요합니다. 저희는 환자분의 내시경 검사가 즐겁고 안전한 경험이 될수 있도록 노력하고 있습니다. 저희가 환자분에게 알맞는 내시경 설명서를 드리기 위해서는, 환자분의 자세한 병력을 검토해야 합니다.

환자분의 약 이름, 복용량, 복용방법(__회 _번) 을 작성하실 때 특별히 주의를 해 주십시요. 또한 알러지에 관한 부분도 자세히 작성해주십시요.

장내시경과 저희 센터에 관한 정보가 있는 팸플랫도 첨부 되어 있습니다.

궁금한 점이 있으시거나, 위에있는 정보에 관해 자세한 설명을 원하시면, 오피스 근무시간에 301-498-5500로 전화주십시요 (9:00 AM to 5:00 PM).

내시경을 빨리 예약하기 위해서 첨부된 서류를 Laurel 오피스로 최대한 빨리 보내 주십시요.

감사합니다.

Jeffrey S. Garbis, M.D.
Richard M. Chasen, M.D.
Jeffrey Bernstein, M.D.
Theodore Y. Kim, M.D.
Marvin E. Lawrence II, M.D.
Sean M. Karp, M.D.
Priti Bijpuria, M.D.

07/18/13 GG

Maryland Digestive Disease Center
A Division of Capital Digestive Care, LLC

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
A Division of AmSurg Corporation

CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

Stop Colon Cancer Now.com™

CapitalDigestiveCare.com/mdd

*****중요한 정보이니 꼭 읽어 보시기 바랍니다*****

결장내시경에 대하여(Regarding Screening Colonoscopy)

장 내시경 검사 서류를 저희 병원에서 받았다는 확인을 하고 싶으신 경우에는 첨부된 엽서에 우표를 붙이시고 주소를 쓰셔서 검사 서류와 함께 보내주십시요.

장 내시경 서류를 받고 첨부하신 엽서를 다시 보내드린 후에 환자분의 병력을 검토하게 됩니다

그 뒤에 전화를 드려 환자분과 의사선생님께 편리한 시간으로 내시경 날짜 예약을 하게 됩니다

만약에 48시간 안에 예약을 취소하시지 않으시고 예약에 오시지 않으시면 $150불이 환자분께 청구됩니다.

환자분의 건강 관리를 저희에게 맡겨주셔서 감사합니다.

Maryland Digestive Disease Center and Ambulatory Endoscopy Center of Maryland

01/13/14 jh

Maryland Digestive Disease Center
A Division of Capital Digestive Care, LLC

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
A Division of AmSurg Corporation

CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

www.CapitalDigestiveCare.Com/mdd

Stop Colon Cancer Now.com™

PATIENT INFORMATION

날짜Date: _____

** 영어로 작성해주십시요

환자 정보Patient Information:

Patient Name: 환자 성함	Patient Date of Birth: 환자 생년월일
Patient Address: 환자 주소	City, State, Zip 도시, 주, 짚코드
Home Phone: 집 전화번호	Work Phone: 직장 전화번호
Cell Phone: 휴대폰 번호	Sex: 남자 (M) 여자(F)
Height: 키	Weight: 몸무게
Age: 나이	Marital Status: Single Married Other 미혼 기혼 그외
Social Security #: 소셜	Email Address: 이메일
Patient Employer: 직장	Occupation: 직업

배우자 정보 Spouse's Information

Spouse's Name: 배우자 성함	Spouse's Date of Birth: 배우자 생년 월일
Spouse's Social Security #: 배우자 소셜	Spouse's Employer: 배우자 직장
Spouse's Work Phone: 배우자 전화번호	Spouse's Cell Phone: 배우자 휴대폰 번호

비상 연락처 Emergency Contact Information:

Emergency Contact Name and Number: 비상연락처 번호와 이름

주치의 의사 정보 Physician Information:

Primary Care Physician: 주치의사 성함:	Referring Physician: 소개 의사 성함:

Primary Insurance:

Insurance Co. Name: 보험이름	Phone #: 전화번호
Address: 주소	City, State, Zip: 도시, 주, 짚코드
Name of Policy Holder: 보험계약자 성함	Social Security #: 소셜
Relationship to pt: 환자와의 관계	Date of Birth: 생년월일
Insurance ID #: 보험 아이디번호	Insurance Group #: 구룹번호

Secondary Insurance:

Insurance Co. Name: 보험이름	Phone #: 전화번호
Address: 주소	City, State, Zip: 도시, 주, 짚코드
Name of Policy Holder: 보험계약자 성함	Social Security #: 소셜
Relationship to pt: 환자와의 관계	Date of Birth: 생년월일
Insurance ID #: 보험 아이디번호	Insurance Group #: 구룹번호

미성년자 환자분만 작성해 주십시요

*****TO BE COMPLETED IF PATIENT IS A MINOR*****

Responsible Party: 보호자	Phone # 전화번호
Address: 주소	City, State, Zip: 도시, 주, 짚코드
Employer: 직장	Work Phone: 직장번호

이메일 통지 사항

E-MAIL COMMUNICATIONS NOTICE

Capital Digestive Care 의 부의 Maryland Digestive Disease Center는앞에서 명시된 바와 같이 다음과 같은 목적을 위해 환자분에게 이메일로 연락할 수 있습니다: 환자분의 계좌 보고, 또는 서비스, 환자분이 관심이 있을 수 있는 정보 또는 홍보 메세지,일반 통지, 또는 뉴스레터. 환자분은 이메일에 제공된 링크를 사용하여 언제든지 이메일 통보를 거부할 수 있습니다. 저희는 환자분의 개인 정보를 존중하며, 그 정보를 공유하거나 제 3자에게 팔지 않습니다

Maryland Digestive Disease Center may contact you by email, as indicated, for the following purposes: transactional messages regarding your account or account services, informational or promotional messages that may be of interest of you, general practice announcements or newsletters. You may opt-out of email communications at any time using the link provided within the email. We respect your privacy and will never share your email with or sell your email to third parties.

나는 위에 정보를 정확한 사실로 작성하였습니다

Name 이름(please print): _____

Signature: 사인_____ Date날짜: _____1/13/14 jh

CAPITAL DIGESTIVE CARE℠

First in Digestive Health

Complete Patient History Form

Name:_____Date of Birth:_____

이 서류에 환자분의 모든 정보들을 영어로 정확히 적어 주십시요. 이곳에 적히는 모든 정보들은 환자분의 건강에 매우 중요합니다. 시간을 가지고 신중히 해당되는 곳에 동그라미로 표시해 주십시요.

The following information is **very important to your health**. Please take time to fully and completely fill out this important information. We are counting on you!

오늘 방문의 이유: (**Reason for visit**)

_____

_____

인종Race

○ 백인 White/Caucasian	○ 흑인 Black ofAfricanAmerican	○ 동양인 Asian	○ 라틴 어메리칸 Hispanic or Latino
○ 인디안 American Indian or Alaska Native	○ 하와이안 Native Hawaiian or Other Pacific Islander	○ 혼성 Mixed	○ 그외 Other
○ 알수 없음 Unknown	○ 환자가 정보 수집 거부 Patient Declines to provide information		

민족Ethnicity

○ 라틴 어메리카계 Hispanic or Latino	○ 라틴어메리카가아님 Not Hispanic or Latino	○ 환자가 정보 수집 거부 Patient Declines to provide information

성별Gender

○ 남성 Male	○ 여성 Female	○ 그외 Other

선호하는 언어 Preferred Language

○ 영어 English	○ 스페인어 Spanish	○ 한국어 Korean	○ 그외 Other_____

선호하는 연락 방법Contact Preference

○ 편지 Letter	○ 그외 Other_____

Complete Patient History Form

Name:_____ Date of Birth:_____

- 이용하는 약국 이름과 전화번호
  What pharmacy do you want us to use for any medications that are prescribed?
  약국:_____

Pharmacy

○ 알러지가 없습니다 Patient has no known allergies	○ 약 알러지가 없습니다 Patient has no known **DRUG** allergies	○ 접착 테이프 Adhesive tape	○ 황산 코데인 Codeine Sulfate
○ 에리트로 마이신 Erythromycin	○ 고무 제품 Latex	○ 조영제 IV Contrast	○ 페니실린 Penicillins
○ 술파제 Sulfa	○ 조개류 Shellfish	○ 그외 Other_____	○ 그외 Other_____

복용 중인 약들Current Medications (include any Over-the-counter medications and any supplements you are currently taking)

- ○ 없음 None
- ○ 이름Name 복용량Dose 방법How taken

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

예방 접종Immunizations

○ 없음 None	○ 독감 예방 주사 Flu vaccine 언제 When:_____	○ A 형 간염 Hepatitis A 언제 When:_____
○ B형 간염 Hepatitis B 언제 When:_____	○ 폐렴 백신 Pneumovax 언제 When:_____	○ 결핵 검사 TB Skin test 언제 When:_____

진단학 검사Diagnostic Studies

○ 없음 None	○ 장 내시경 Colonoscopy 언제 When:_____	○ 위 내시경 Endoscopy/EGD 언제 When:_____
○ 켓 스켄(복부/골반) CT Scan Abdomen/PelviS 언제 When:_____	○ MRI of (복부/골반) Abdomen/Pelvis 언제 When:_____	○ ERCP 언제 When:_____

Complete Patient History Form

Name:_____Date of Birth:_____

해당되는 곳에 동그라미로 표시해 주십시요.

과거의 수술 기록Previous Procedures/Surgeries

○ 없음 None	담낭제거 Gallbladder removed	맹장수술 Appendectomy	결장절제술 Colon resection	작은 창자절제술 Small Bowel resection
탐색 개복수술 Exploratory Abdominal Surgery	비만 대사 수술 Gastric Bypass su rgery	위 밴드 수술 Lap Band Surgery	치질 수술 Hemorrhoid Surgery	고무밴드 치질술 Hemorrhoid Banding
복부 성형 술 Abdominoplasty	자궁 절제술 Hysterectomy	불임 술 Tubal Ligation	유방 절제술 Mastectomy	인공 심박 동기 Pacemaker Placement
제세동기 Defibrillator Placement	관상동백우회술 Coronary Artery Bypass Graphing (CABG)	복부대동맥류 Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Repair	심장 판막술 Heart Valve Replacement /Surgery	심도 지술 Cardiac Catherization /Stent
인공 관절 Joint Replacement	척추 수술 Back Surgery	그외 Other_____	그외 Other _____	

과거의 병력 Past or Present Medical History

○ 위장Gastroenterology/Hepatology

○ 결장 폴립(혹) Colon polyps	○ 결장 암 Colon cancer	과민대장증후군 ○ IrritableBowel Syndrome	○ 계실염 Diverticulitis
○ 크론 병 Crohn's Disease	○ 궤양 대장염 Ulcerative Colitis	위식도 역류병 ○ GERD/Reflux	바레트 식도 Barrett'sEsophagus
○ 궤양 질환 Ulcer Disease	○ B형 간염 Hepatitis B	○ C형 간염 Hepatitis C	○ 지방 간 Fatty LiverDisease
○ 간경화 증 Cirrhosis/Liver	○ 소아 지방 변증 Celiac Disease	○ 장 폐색 Bowel Obstruction	○ 췌장염 Pancreatitis
과거에 있던 비혈 ○ Anemia in the past	○ 그외 Other _____	○ 그외 Other _____	○ 그외 Other _____

○ 심장Cardiology

관상동맥 질환 Coronary Heart Disease	○ 심장 판막증 Heart Valve Disease	○ 심부전 Congestive Heart Failure	○ 심장 마비 Heart attack
○ 고혈압 High Blood Pressure	○ 심방세동 Atrial Fibrillation	○ 혈관 질환 Vascular Disease	○ 높은콜레스트롤 High Cholesterol
○ 뇌졸증 Stroke	○ 소 뇌졸증 TIA (mini stroke)	○ 그외 Other _____	

○ 심장Pulmonary

○ 만서 폐쇄성 폐 질환 C.O.P.D.	○ 천식 Asthma	○ 수면 무 호흡 Sleep Apnea
○ 다리 혈전 Blood Clots (leg)	○ 폐 혈전 Blood Clots (lung)	

Name:_____Date of Birth:_____

- 그외**Other**

○ 불안 장애 Anxiety Disorder	관절염 Arthritis	○ 양극성 장애 Bipolar Disorder	몸에 뚫은구멍 Body Piercings
○ 유방암 Breast Cancer	○ 현재 임심 중 Current Pregnancy	○ 우울증 Depression	○ 당뇨 Diabetes
○ 섬유 근육통 Fibromyalgia	○ 통풍 Gout	에이즈바이러스에 노출 HIV Exposure	에이즈바이러스에 감염 HIV Infection
○ 갑상선기능저하증 Hypothyroidism	○ 신장병 Kidney Disease	○ 신장 결석 Kidney Stones	○ 폐암 Lung Cancer
○ 난소암 Ovarian Cancer	○ 다른 암 Other Cancer	○ 전립선 암 Prostate Cancer	감염이 재발한곳 Recurrent Infections
○ 발작 Seizures	○ 피부암 Skin Cancer	○ 문신 Tattoos	○ 그외 Other_____

Social History

○ 미혼 Single	○ 기혼 Married	○ 이혼 Divorced	○ 별거 Separated
○ 미망인 Widowed	○ 동성 애자 Civil Union	○ 알 수없음 Unknown	○ 그외 Other

술 마시는횟수 **I drink alcohol:** ___안 마심 None ____주 에7잔이하 Less than 7 per week ___주 에7잔이상 More than 7 per week	카페인마시는횟수 **I drink caffeine:** (커피,티,콜라 등등) (coffee, tea, cola, or other caffeinated drinks) ____안 마심 None _____가끔Occasionally _____매일Daily	흡연 **I use tobacco:** (Circle) Cigarettes Cigars Chewing tobacco __매일Every Day __어쩌다Only some days __금연한 분Former smoker __흡연 경험 없음Never smoked __Smoker,Current statu unknow __알수 없음 Unknown if eversmoked	마약 사용 **My drug use:** _____없음 None ___주사 또는 코를이용한 마약을 지금 사용중 IV or inter-nasal drugs **currently** ___주사 또는 코를 이용한 마약을 사용한 적있음 IV or inter-nasal drugs **in the past**	운동 **I exercise:** ___없음 None ___규칙적인운동 I exercise routinely

Complete Patient History Form

Name:_____Date of Birth:_____

가족 병력 Family History

- 가족 병력에 대한 지식이 없음
  No knowledge of family history

- 가족분들 중 아래에 해당되지 않는 병에 동그라미로 표시해 주십시요.
  No one in my family has a history of:

○ 복강 스프루 Celiac Sprue	○ 결장 혹 Colon polyps	○ 쓸개 질환 Gallbladder Disease
○ 간 질환 Liver Disease	○ 위암 Stomach Cancer	○ 결장 암 Colon Cancer
○ 크론 병 Crohn's Disease	○ 과민 대장 증후군 Inflammatory Bowel Disease	○ 혹들 Polyps
○ 궤양 대장염 Ulcerative Colitis		

- 가족 중 아래에 해당되는 곳에 체크해 주세요

  Someone in my family has a history of: (please check all that apply)

	어머니 Mother	아버지 Father	누나/언니 Sister	형/오빠 Brother	할머니 Grandmother	할아버지 Grandfather
결장 암 Colon Cancer						
결장 혹 Colon Polyps						
크론 병 Crohn's Disease						
쓸개 질환 Gallbladder Disease						
간 질환 Liver Disease						
궤양 대장염 Ulcerative Colitis						
위암 Stomach Cancer						

그외:

Other_____

Complete Patient History Form

Name:_____Date of Birth:_____

현재(오늘) 가지고 계신 증상들을 모두 선택해 주십시요.

Review of Systems....What are your current symptoms today? (check all that apply):

Allergic/Immunologic
- 알레르기 반응
  Allergic reactions
- 현재 감염되있다
  Current infections

Cardiovascular
- 가슴 통증
  Chest pain
- 불규칙한 심장박동
  Irregular heart beat
- 빠른 심장 박동
  Rapid heart rate/palpitation
- 붓는 발목
  Ankle swelling

Constitutional
- 열이 남
  Fever
- 식욕감소
  Loss of appetite
- 체중 감소
  Weight loss

ENMT
- 코피
  Nose bleeds
- 시력 상실
  Loss of vision
- 목이 쉬다
  Hoarseness
- 구강 염증
  Mouth sores

Endocrine
과도한 갈증
Excessive thirst

더위/추위 불내증
Heat or cold intolerance

Musculoskeletal

허리 통증
Back pain

관절통
Joint pain/arthritis

Neurological
어지러움
Dizziness
기절
Fainting
계속적인 두통
Frequent headaches
현기증
Vertigo

기억력 상실/혼동
Memory loss/confusion

Hematologic/Lymphatic
멍이 쉽게듬
Easy bruising
빈혈
Anemia

Integumentary
간지러움
Itching
발진
Rashes
두드러기
Hives

Respiratory
잦은 기침
Frequent cough

숨이 차다
Shortness of breath when at rest

천명(천식 호흡 소리)
wheezing

Genitourinary
소변에 피가 있음
Blood in urine
소변의 색깔이 어둡다
Recent darkening of urine

Gastrointestinal
위경련 / Stomach cramps
구역질 / Nausea
구토 / Vomiting
복부 팽창 / Abdominal swelling
가스 / Gas
직장 출혈 / Rectal bleeding
속쓰림 / Heartburn
복부 통증 / Abdoninal pain
설사 / Diarrhea
노란 피부색 / Yellowing of skin
삼키기 어려움
Difficulty swallowing
변보실때 습관의 변화
Change in bowel habits
변비
Constipation

Psychiatric
우울증
Depression
공황 장애
Anxiety/panic attacks

개인 정보 보호 알림서(AEC Notice of Privacy Practice)

이 알림서는 환자분의 건강기록이 어떻게 사용되고 공개되며 또 환자분이 어떻게 기록을 볼 수 있는지에 대한 알림서 입니다. 자세히 검토해 주십시요.

환자 건강 기록
정부 법에 의해, 환자분의 건강 기록은 비밀로 보호를 받습니다. 환자 건강기록은 증상, 실험결과, 검진, 치료 등 의료 기록을 포함하고 있습니다. 건강 기록은 청구서, 보험기록, 의료 지출서 등이 포함되어 있습니다. 환자분의 건강기록은 전자상을로 저장될 수 있으며, 그런경우에는 전자공개로 고려됩니다

환자 건강기록 사용 또는 공개 방법
치료:저희는 환자분의 건강 기록을 의료 치료와 서비스를 위해 사용 또는 공개합니다.
예를 들어 간호사, 의사, 다른 의료진들은 환자분의 기록을 남겨 , 그 기록을 환자분에게 알맞은 관리를 결정하기 위해 사용합니다. 또한 환자분의 치료에 참여하는 다른 의료진들, 환자분의 약을 조제하는 약사, 환자분을 보살피는 가족 분 들에게 공개됩니다.
청구 목적: 저희는 청구 목적으로 환자분의 건강기록을 사용 또는 공개합니다. 예를 들어, 특정한 치료는 환자분의 의료 보험 회사의 허가가 필요한 경우가 있습니다. 저희 센터는 환자분의 보험에 청구하며, 보험 에서 저희에게 지불한 납입 기록을 관리합니다.
의료시설 운영 목적:
저희는 환자분의 정보를 적확한 행정기록, 치료의 관한 평가를 포함한 내부 운영 관리, 또는 환자 분과 비슷한 경우의 관리와 성과를 평과하기 위해 사용 또는 공개합니다.

특별한 사용 목적
저희는 시술 후 퇴원 지시 사항과 그와 관련된 정보를 집으로 모시는 분 또는 시술 후 돌보시는 분에게 공개합니다. 또 한 저희는관련된 건강기록을 가족, 친구, 또한 환자분의 건강관리나, 치료비에 관련이 있는 분든에게 공개할수 있습니다. 또한 재해 원조를 돕는 분에게도 공개할수 있습니다

다른 사용 또는 공개 목적
다음과 같은 목적에 의해 저희는 환자분의 동이 없이도 의료 정보의 공개가 허락되거나 공개할 의무가 있습니다
법적의무: 총상, 또는 학대가 의심되는 경우나 그와 비슷한 사건인 경우 보고 해야 하는 의무가 있습니다
연구목적: 공인된 의학 연구를 위해 건강정보를 사용 또는 공개 할수 있습니다
공공 보건 활동: 법적 의무에 따라 저희 센터는 필수 통계, 질병, 위험한 제품 리콜 등 그와 비슷한 정보를 공공 의료기관에 공개 할 수 있습니다.
의료 단속: 조사나 감사를 돕거나 환자분이 정부 프로그램의 자격이 있는 지를 보기 위함 등 그와 비슷한 경우에 공개할 의무가 있습니다.
사법 및 행정 절차: 소환장이나 법원 명령을 받은 경우 건강기록을 공개 할 의무가 있습니다.
법 집행목적: 저희는 법 집행관에게 필요한 정보를 공개할 의무와, 저희 시설에서 일어난 범죄를 알릴 의무가 있습니다.

사망: 사망에 대해 검시관, 장례 책임자, 또는 장기 기증 기관에게 공개 할 수 있습니다.
건강 또는 안전에 심각한 위험: 대중 또는 환자분의 건강과 안전에 심각한 위험의 예방에 필요가 있을 경우 사용 또는 공개 할 수 있습니다.
군부 및 특별 정부 기능: 환자분이 군인인 경우에는 군 당국의 명 에 따라 공개할 의무가 있습니다. 또한 국가 안보 목적에 위해 교도소에 정보를 공개할 수 있습니다.
산재보험: 산재보험이나 업무 관련 부상이나 질병에 대한 해택을 재공하는 프로그램에 환자 분의 정보를 공개 할 수 있습니다.
사업동료
환자분의 사업동료(환자분을 대신하시는 분)에게 정보를 보호한다는 동의하에 환자분의 건강기록을 공개할수 있습니다
메세지
청구, 또는 예약 확인 전화 등등 을 위해 연락할 수 있으며, 음성사서함 등의 방법으로 메세지를 남길 수 있습니다

위에와 다른 경우에는, 환자 분의 건강정보를 공개 하기 전에 문서로 허가를 요청 합니다. 허가서를 서명하신 뒤에 더 이상의 공개를 원치 않으시는 경우에는 허가서를 취소 하실수 있습니다. 제한된 예외 외에는 개인정보 보호를 따를 의무가 있으며, 환자분의 심리치료 정보를 공개하지 않을것이며, 환자분의 허가서 없이는 정보를 팔지도, 홍보 목적으로도 사용아지 않을 것입니다.

개인 권리
환자 분은 의료기록에 대해 다음과 같은 권리가 있습니다.
그 권리를 사용하길 원하시면 아래에 있는 사람에게 연락해 주시면 알맞은 용지를 받을 수 있습니다.
**환자분의 건강 기록 사용 또는 공개를 특별한 경우로만 제한 하실수 있습니다. 저희는 밑에 있는 경우의 예외한 요청에 동의 할 의무가 없습니다. (치료비를 환자 분께서 다 부담하고 의료시술 이나 치료비 지불목적으로 의료 정보 공개 제안을 요청하신 경우, 또는 법적으로 사용이나 공개가 필요업는 경우)
** 환자분은 저희에게 비밀리에 연락해달라고 요청하실수 있습니다. (예: 예약 확인 엽서 거부, 특정 주소로 알림 요청 등)
** 대부분의 경우, 환자분은 자신의 건강기록 사본을 요청 또한 볼 권리가 있습니다. 사본을 요청하실 경우에는 조그만한 수수료가 청구됩니다.
** 환자분의 정보 수정을 요청 하실수 있습니다.
**치료, 의료시술, 청구 목적 , 또 한 예외에 해당되지 않은 경우 외에 공개된 경우에 관한 목록을 요구하실 수 있습니다.
**전에 이 개인정보 보호서를 전사상으로 받기로 동이한 경우 등을 포함하여 환자분은 최신 개인정보서류를 요구할 권리가 있습니다

법적의무
저희는 환자분의 건강정보를 보호 할 의무, 저희의 개인정보 보호 규휼과 법적의무을 알리는 알림서를 제공 할 의무, 알림서의 규율을 지켜야 하는 법적인 의무가 있습니다. 개인 정보가 침해된 경우에는 영향을 받은 환자분들에거 알릴 법적 의무가 있습니다

개인정보 보호 구율 변경
저희의 규율은 언제든 변경 될 수 있으며, 실행날짜를 쓸 수 있습니다. 실행날짜는 이 아래에 적여 있습니다. 저희의 구율 중 중요한 변경 사항이 있을 시에는 새 알림서를 만들어 대기실과 진찰실에 게시하게 됩니다. 저희의 개인정보 보호에 대해 더 알고 싶으신 경우에는 아래에 기록된 분께 연락 해 주십시요.

불평/불만
만약 저희가 개인정보 보호 권리를 위반했다고 여기는 경우나 환자 분의 기록에 대한 결정에 대해 반대하시는 경우에는 아래에 있는 분께 연락 해 주십시요.
또한 보건 사회 복지부에 (U.S Department of Health and Human Services) 문서로 불만을 제기 하실수 있습니다.
밑에 기록된 분이 주소를 알려 드릴 수 있습니다.
또한 불만을 제기 하셔도 어떠한 불이익도 당하시지 않습니다.

연락할 사람
질문, 요청, 불만이 있으 신 분은 아래에 있는 번호로 연락해 주십시요

Center Leader

나 _____ 는 개인 보호 알림서 를 받음을 인정합니다

사인:_____

날짜:_____

If not signed reason why acknowledgement was not obtained:

_____

Staff Witness seeking acknowledgement:

_____

Effective Date _____, 2013

CAPITAL DIGESTIVE CARE℠
First in Digestive Health

Maryland Digestive Disease Center

DIRECTIONS TO AMBULATORY ENDOSCOPY CENTER OF MARYLAND: 내시경 센터 약도

Laurel Office:
Laurel Medical Arts Pavilion
7350 Van Dusen Rd.
Suite 230
Laurel, MD 20707
Telephone: 301-498-5500
Fax: 301-498-7346
Business Office: Suite 250

From the South(남쪽에서 오시는 경우):

- I-95 North Baltimore 쪽으로 향하십시요
- Exit 33A (Laurel Route 198)로 빠지십시요.
- 33A 로 빠지실때, 오른쪽 라인에 계십시요.
- 교차점에서 Van Dusen Road쪽으로 우회전을 하십시요.
- Van Dusen Rd 에서 직진을 하십시요.
- 다섯번째 신호등에서Laurel Regional Hospital 쪽으로 우회전을 하십시요 저희 건물은 병원 오른쪽에 있습니다.

08/09/13 HK

Maryland Digestive Disease Center
A Division of Capital Digestive Care, LLC

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
A Division of AmSurg Corporation

CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

CapitalDigestiveCare.com/mdd

Stop Colon Cancer Now.com™

장내시경 검사 정보 (Screening Colonoscopy Information)

친애하는 환자분께

장내시경 검사는 환자분께 암이나 결장 용종이 있는지 확인 하는 시술입니다. 이 검사는 환자분이 같고 있는 증상e 들을 (예: 변에 피가 나는 증상, 변보실때 변화가 있는 증상등등) 설명하기 위해 하는 시술이 아닙니다.

메디케어(Medicare)는 장 내시경 검사를 부담하고 있습니다. 2011년 1월 1일 부터 저렴한 관리법(Affordable Care Act)에 의해, 메디케어는 annual deductible나 co-insurance를 면제함으로 장내시경을 부담하고 있습니다. 마찬가지로 메디케어는 개인 혹은 가족 위장병력이 있는 환자분들께 검사시술로 상환 해드리고 있습니다 .

만약 메디케어 환자분께서 장 내시경 검사를 예약하여, 검사도중 용종이 발견되거나 의사 선생님께서 조직검사를 의뢰하시게 되면, 시술은 더 이상 검사(정기검사) 가 아니게 되며 메디케어 규정에 따라 내시경 검진(증상의 대한 검진) 으로 청구하게 되어 있습니다. 이 경우에는 환자분이 메디케어 co-insurance 20%를 부담하게 됩니다.

민간 보험들은 deductibles 과 co-pays/co-insurances 를 면제함으로 내시경 검사를 부담하게 되어있습니다. 그러나 일정 보험들은 검사를 아예 부담하지 않습니다. 그러므로 환자분의 보험 보상 범위가 환자분이 deductable을 부담하셔야 하는지를 결정합니다 .

민간 보험을 가지신 환자분이 검사릉 예약하고, 내시경 검사 도중 용종 같은 것이 발견이 된 경우에는 시술은 더 이상 검사가 아닌 검진으로 여겨집니다. 또한 많은 민간 보험들은 가족 아님 개인 위장 병력을 가진 환자분의 내시경를 검사가 아닌 검진으로 여기고 있으며 내시경 보상 범위는 환자 분의 보험 해택에 의해 결정됩니다. 내시경 검사 해택규정이 없는 경우에는 보험에서 deductible, 또 co-pay를 면제할 의무가 없습니다.

저희 센터는 민간 보험, 또 메디케어에 청구할때 저희가 가진 의학정보로 근거하여 그들의 청구 규정을 따라야 하는 법적 의무가 있습니다. 메디케어 규정에 따르지 않는 것은 사기로 여겨저, 상당한 벌금을 물게 되는 경우가 올 수 있습니다.

만약 내시경 검사전에 보험 해택에 관한 질문이 있으시면 저희 내시경 센터(Ambulatory Endoscopy Center of Maryland) 전화번호 301-498-5500 로 전화 주십시요.

만약 내시경 검사전에 청구서 수수료에 관한 질문이 있으시면 저희 비지니스 오피스 (centralized business office) 전화번호 866-331-4232 option 2로 전화 주십시요. **08/07/13 hk**

Maryland Digestive Disease Center
A Division of Capital Digestive Care, LLC

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
A Division of AmSurg Corporation

CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

CapitalDigestiveCare.com/mdd

Stop Colon Cancer Now.com™

환자 청구서 설명서 (Patient Billing Information)

환자분은 Ambulatory Endoscopy Center of Maryland (AEC) 저희 내시경센터에서 내시경 검사가 예약 되어 있습니다. 검사는 내시경 센터(Maryland Digestive Disease Center GI physicians) 의사 선생님들 중에 한분이 하시게 되며, 검사중에 마취과 간호사가(Anesthesia Group CRNA) 마취를 하게 됩니다.

종종, 내시경 검사 중에 의사선생님께서 조직검사를 하는 경우가 있습니다. 조직검사를 하게 되는 경우에는 저희 병리학/조직 검사실에서(Capital Digestive Care Pathology Lab) 검사를 하게 되며, 병리검사자들(조직검사자) 중에 한 분이 결과를 해석하게 됩니다

검사 뒤에는 밑에 있는 4가지의 청구서들을 의료보험회사 아니면 의료보험이 없는 경우는 환자분께 보내게 됩니다

의사 수수료: 검사하신 의사 선생님의 (Maryland Digestive Disease Center, a Division of Capital Digestive Care, LLC, GI Physician)수수료입니다.

센터 수수료 : 검사하신 내시경 센터 (Ambulatory Endoscopy Center of Maryland) 의 수수료입니다.

마취 수수료: 마취과에서 청구하는마취과 간호사의(Corridor Anesthesia, LLC CRNA)수수료 입니다

실험실/조직검사수수료: 병리학자의 조직검사 해석 수수료 입니다

만약 검사전에 4곳에서 청구되는 수수료들에 대한 질문이 있으시면 저의 내시경센터 (Ambulatory Endoscopy Center of Maryland) 전화번호 301-498-5500 로 전화를 주십시요.

해택설명서를(Your explanation of benefits) 이해하시기 어려울 수 있습니다.
이 밑에 있는 정보가 그 서류를 이해하는데 도움이 될것입니다.

총 청구액수 (Total Charges): 이 금액은 보험회사에 청구하는 총 액수입니다.. 저희 내시경센터와 하신 계약서에 따라 처리가 됩니다

허용된 금액 (Allowed Amount): 이 금액은 저희 내시경센터가 보험회사와 환자분께 합쳐서 받을 수 있는 예상된 금액입니다 예상된 금액(expected amount) 또한 협상된 금액(negotiated amount)이라고도 불립니다

지급/부담 금액 (Payable amount): 이금액은 보험회사가 부담하는 액수입니다

환자 부담 금액 (Patient responsibility): 이 금액은 허용된 금액에서 지급 금액을 뺀 금액입니다. 이 금액에는 deductible, Co-pay, co-insurance 가 포함됩니다. 두번째 보험이 있으신 경우에는 두번째 보험이 환자부담 액수의 전부 아니면 일부를 부담 할수 있습니다 08/07/13 hk

만약에 수술 센터에 환자의 의료 지시서가 제공되었을 경우, 환자의 의료 지시서 사본은 환자와 함께 급성 치료 시설에 전송됩니다.

만약에 환자나 환자의 대리인이 사전의료 지시서 내용이 적용되는 센터를 원하신다면 환자의 지시서를 따를 수 있는 시설을 소개해 드립니다.

불만 조사 제출에 대한 정보:

만약에 환자가 불만이나 문제가 있는 경우 저희 직원에게 이야기해 주십시요. 필요하다면 환자분의 문제해결을 위해 중앙 관리부에 연락 될것입니다. 환자는 조사한 불만을 구두 또는 서면으로 청부하여야며 저희가 취한 조치에 대한 서면 통지를 받을 권리가 있습니다.

연락을 할수 있는 기관 또는 이름은 다음과 같습니다.

KIM WILSON, RN, BSN - Center Director
7350 Van Dusen Road Suite 230
Laurel, MD 20707
(voice) 301-498-5500 ext. 117 (fax) 301-604-5956

Accreditation Association for
Ambulatory Health Care(AAAHC)
5250 Old Orchard Road, Suite 250
Skokie, IL 60077
Tel: 847/853.6060
Fax: 847/853.6118 Email: info@aaahc.org

환자분은 주 당담자에게 불만 사항을 제출할수 있습니다.
www.gov.state.md.us/

Office of Health Care Quality
Department of Health and Mental Hygiene
Spring Grove Hospital Center
Bland Bryant Building
55 Wade Avenue
Catonsville, Maryland 21228
Phone Number: (410) 402-8000
Toll-free: 1-800-492-6005
Email: ohcqweb@dhmh.state.md.us

State website -http://www.dhmh.maryland.gov/
Sites for address and phone numbers of regulatory agencies: **Medicare Ombudsman website**
www.medicare.gov/Ombudsman/resources.asp

Medicare: www.medicare.gov or call
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Office of the Inspector General: http://oig.hhs.gov

의사 재정 또 소유에 관한 관심 : 저희 센터는 AmSurg Corporation 과 다음과 같은 의사들의 소유입니다: Jeffrey Garbis, MD; Richard Chasen, MD; Jeffrey Bernstein, MD; Theodore Kim, MD; Marvin Lawrence MD and Sean Karp, MD. Priti Bijpuria, M.D 환자분을 저의센터로 보낸 의사나, 시술을 할 의사들은 재정 또는 소유의 관한 관심이 있을수 있습니다. 환자분은 다른 센터에서 치료받을 권리가 있습니다. 저희 센터는 정부 지침에 따라 이 정보를 제공합니다.

환자 권리, 책임 및 의사 소유권리 지침서

Patient Rights, Responsibilities and Notification of Physician Ownership 11/18/13 jh

AEC

AMBULATORY ENDOSCOPY CENTER

OF MARYLAND, LLC.

7350 Van Dusen Road, Suite 230

Laurel, Maryland 20707

301-498-5500 (phone) 301-504-5956 (fax)

TTY Users Call Maryland Relay #711

저희 내시경 센터 환자는(**AMBULATORY ENDOSCOPY CENTER OF MARYLAND**), 시술전에 다음과 같은 정보를 받을 권리가 있습니다.

환자의 법안권리 규정

모든 환자는 권리를 존중받는 개인으로 취급받을 권리가 있습니다. 저의 센터과 의료직원들은 다음과 같은 환자의 권리 목록을 채택했습니다.

환자의 권리:

•피부색, 종교, 성별, 국적, 장애 및 지불 방법에 차별없이 치료 받을 권리가 있습니다.

•깨끗하고 안전한 환경에서 능력있는 의료진의 배려, 존중된 관리를 받으며, 정신, 육체적 및 성적 학대, 방치, 착취 또한 불필요한 구속에서 자유할 권리가 있습니다. 직원의 편리나 환자의 징계를 위해 마약 또는 다른 약들은 사용 할 수 없습니다.

•시술 요법에 대해 이해할 권리가 있으며 자세한 정보에 근거한 동의에 필요한 시술의 관한 모든 정보를 (시술 때 일어날 수 있는 위험과 이득을 포함) 받을 권리가 있습니다.

•진단, 계획된 치료방법, 치료후의 병과 및 다른 치료 방법이나 시술 또는 치료의 부작용과 위험에 대한 모든 정보를 받을 권리가 있습니다. 만약 환자에게 밝이는 것이 의학상 권장되지 않는 경우에는 환자가 지명한 사람이나 법정으로 위임된 사람에게 정보가 주어집니다.

• 의학적 이유로 금기된 경우를 제외하고는 건강관리에 관한 모든 결정에 참가할 권리가 있습니다.

•법과 규정안에 따라 치료를 거부, 또한 주치의의 조언에 반하여 센터를 떠날때 그 결정이 환자분의 건강에 어떤 영향이 있는 지 알 권리 가 있습니다.

• 대처 가능한 다른 의사선생님으로 바꿀 권리가 있습니다.

•숙련된 의료진의 안전한 기구 사용법을 확인할 권리가 있습니다.

•(가능한 경우) 의료사고 보상이 없음을 조언 받을 권리가 있습니다.

• 건강관리에 관한 기록과 정보에 관해 개인 정보 보호, 기밀권, 진실성을 제공받을 권리가 있습니다.

•건강 관리 서비스를 받는 동안 개인 정보 보호, 안전성, 보안을 제공받을 권리가 있습니다.

•환자의 의료 기록를 볼 수 있는 권리, 법으로 제공해야 하는 의무 법이 있는 경우를 제외하고는 자료공개를 허락 또는 거부할 권리가 있으며, 또한 자료가 공개된 곳에 대한 목록을 요구할 권리가 있습니다.

•청구 과정과 서비스 요금에 대해 알 권리가 있습니다.

•환자분이 받는 서비스나 관리에 관해 불평 불만을 보복의 두려움 없이 제기할 권리가 있습니다.

•임상실험, 연구실험에 대해 알 권리와 환자의 관리에 타협없이 실험에 참여를 거부할 권리가 있습니다.

•의료진의 자격증에 대해 물어 볼 권리가 있습니다.

•통증에 알맞은 진단과 치료를 받을 권리가 있습니다.

•건강 관리를 지속할 권리와 사전에 예약시간, 예약장소, 의사 선생님을 알 권리가 있습니다. 의사 선생님은 다른 대안을 할 수 있는 충분한 기회를 제공하기 전에 추가 치료가 필요한 환자의 치료를 중단 할 수 없습니다.

•센터가 다른 의료진 및 교육기관에 환자의 치료에 참여를 허락한 경우에 알 권리가 있습니다. 환자는 기관의 정체와 역활에 대해 알 권리가 있으며 환자 치료의 참여에 대해 거부할 권리가 있습니다.

•사전 의료 지시서와(Advanced Directives), 센터가 사전 의료 지시서를 어떻게 따르는지에 대한 지침 규정을 요구 또한 받을 권리가 있습니다.

•센터에서 퇴원 뒤 에 지속된 관리법을 의사선생님 또는 의사의 대리자에게 제공받을 권리가 있습니다.

•장기적인 관리가 필요할 경우 단체에서 지속된 관리가 필요한 환자들에게 최선의 건강관리 발전을 위한 구조를 제공할 것을 확인받을 권리가 있습니다.

환자의 책임:

•정확한 과거와 현재의 병력, 증상, 입원, 수술 기록, 처방전 없이도 살 수있는 약을 포함한 약 목록, 알러지와 민감한 성분 목록들을 제공할 책임이 있습니다.

• 치료에 영양을 미칠 수 있는 유연장, 의료 위임장, 의료 지침서등에 대해 의사에게 알려 줄 책임이 있습니다.

•의사의 치료 지시를 따를 책임과 환자의 치료나 관리에 대해 이해 하지 못할때에 질문할 책임이 있읍니다.

•건강관리 재정의무에 관해 시간에 맞게 지불할 책임이 있습니다.

•센터 의료진이나 의사의 지시에 따르지 않거나 이해하지 못함으로 인한 행동과 치료나 시술에 거부로 인한 환자의 행동에 대해 책임이 있습니다.

• 검사 예약 시간을 지킬 책임이 있습니다. 예약을 취소하거나 예약시간에 늦을 경우에는 센터에 최대한 빨리 알릴 책임이 있습니다.

•센터는 환자분의 귀중품에 대한 책임을 지지 않으므로 환자분은 자신의 귀중품에 대한 책임이 있읍니다.

•센터의 물건과 다를 사람의 대한 배려와 존경에 대한 책임이 있습니다.

•환자분을 센터까지 또한 센터로 부터 동행 또는 운전하실 분과 같이 오실 책임이 있습니다.

• 환자는 언제나 센터에 아이를 언제나 혼자 나두지 않을 책임이 있습니다.

통역이 필요하신 경우에는:

통역이 필요하신 경우에는, 저희에게 알려주시면 통역관을 준비해 드립니다. 만약 기밀/의료/재정정보를 환자분께 통역할 분이 있으시면 검사 날 함께 동행하여 주십시요.

사람과 재산의 대한 권리와 존중

환자분은:

차별이나 보복의 대상이 되지 않고 자신의 권리를 행사할 권리가 있습니다.

갖추어지지 않은 치료나 관리에 대해 불평할 권리가 있습니다.

치료나 시술전에 그의 관한 정보와 예상 결과를 제공받을 권리가 있습니다.

개인 건강 정보를 보호받을 권리가 있습니다.

개인정보 보호 및 안전

환자는 :개인의 개인정보 보호의 권리와

안정한 곳에서 관리를 받을 권리 및

학대와 괴롭힘에서 자유할 권리가 있습니다.

사전 의료 지시서

환자는 사전 의료 지시서에 관한 정보와 시설의 사전의료 지시서의 방침에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다. 수술 센터는 급성 치료 시설이 아니므로 모든 사전의료 지시서의 내용 또는 의료 대리로 부터의 지침과는 상관이 없습니다.

만약에 치료기간동안 환자에게 부작용이 발생하면 환자가 안정을 찾을 수 있도록 비상 조치가 취해지고 난 후 병원으로 전송되며 의사와 가족에 의해 계속적인 치료나 치료를 종료할 수 있는 결정이 내려집니다.

•통증에 알맞은 진단과 치료를 받을 권리가 있습니다.

•건강 관리를 지속할 권리와 사전에 예약시간, 예약장소, 의사 선생님을 알 권리가 있습니다. 의사 선생님은 다른 대안을 할 수 있는 충분한 기회를 제공하기 전에 추가 치료가 필요한 환자의 치료를 중단 할 수 없습니다.

•센터가 다른 의료진 및 교육기관에 환자의 치료에 참여를 허락한 경우에 알 권리가 있습니다. 환자는 기관의 정체와 역활에 대해 알 권리가 있으며 환자 치료의 참여에 대해 거부할 권리가 있습니다.

•사전 의료 지시서(Advanced directives)와, 센터가 사전 의료 지시서를 어떻게 따르는지에 대한 지침 규정을 요구 또한 받을 권리가 있습니다.

•센터에서 퇴원 뒤에 지속된 관리법을 의사선생님 또는 의사의 대리자에게 제공받을 권리가 있습니다.

•장기적인 관리가 필요할 경우 단체에서 지속된 관리가 필요한 환자들에게 최선의 건강관리 발전을 위한 구조를 제공할 것을 확인받을 권리가 있습니다.

환자의 책임:

•정확한 과거와 현재의 병력, 증상, 입원, 수술 기록, 처방전 없이도 살 수있는 약을 포함한 약 목록, 알러지와 민감한 성분 목록들을 제공할 책임이 있습니다.

• 치료에 영양을 미칠 수 있는 유연장, 의료 위임장, 의료 지침서 등에 대해 의사에게 알려 줄 책임이 있습니다.

•의사의 치료 지시를 따를 책임과 환자의 치료나 관리에 대해 이해하지 못할때에 질문할 책임이 있읍니다.

•건강관리 재정의무에 관해 시간에 맞게 지불할 책임이 있습니다.

•센터 의료진이나 의사의 지시에 따르지 않거나 이해하지 못함으로 인한 행동과 치료나 시술에 거부로 인한 환자의 행동에 대해 책임이 있습니다.

• 검사 예약 시간을 지킬 책임이 있습니다. 예약을 취소하거나 예약시간에 늦을 경우에는 최대한 빨리 센터에 알릴 책임이 있습니다.

•센터는 환자분의 귀중품에 대한 책임을 지지 않으므로 환자분은 자신의 귀중품에 대한 책임이 있읍니다.

•센터의 물건과 다를 사람의 대한 배려와 존경에 대한 책임이 있습니다.

•환자분을 센터까지 또한 센터로 부터 동행 또는 운전하실 분과 같이 오실 책임이 있습니다.

• 환자분은 언제나 센터에 아이를 언제나 혼자 나두지 않을 책임이 있습니다.

다음과같은 정보를 원하시면

저희사이트를

www.endocentermaryland.com

www.capitaldigestivecare.com/MDD

방문해 주십시요.

-의료진의 프로필

-행해지는 시술

-소아장애 목록들

- 환자 정보

-검사 용지와 그 외의 용지들

-시술 전 환자 지침서

-오피스 주소

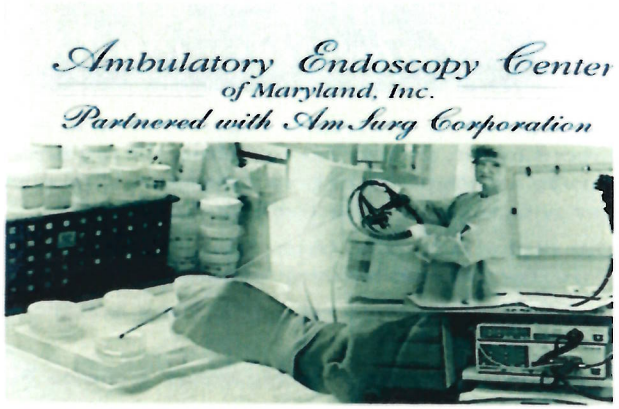
- 오시는 길

-소화기능 정보 링크

-연락처

매리랜드 내시경 센터로 오시는 길

고속도로 I 95 에서 Exit 33A (Rt.198- Laurel) 로 빠지세요. 첫번째 신호등에서 우회전하세요. 다섯번째 신호등에서 우회전하시면, 왼쪽에 Laurel Regional Hospital 이 보이고, 오른쪽 편에 저희 병원이 있습니다. **Room 230** 번으로 오십시요.



Affiliated with

Maryland Digestive Disease Center &

A Division of Capital Digestive Care&

AmSurg Corporation.

Jeffrey S. Garbis, M.D., F.A.C.G.

Richard M. Chasen, M.D, F.A.C.G

Jeffrey Bernstein, M.D., F.A.C.G

Theodore Y. Kim, M.D., F.A.C.G

Marvin E. Lawrence II, M.D., F.A.C.G

Sean M Karp, M.D.,F.A.C.G

Priti Bijpuria, M.D

Accreditation Association for Ambulatory Health Care, Inc.

The Medical Arts Pavilion
7350 Van Dusen Road, Suite 230
Laurel, MD 20707
301-498-5500
800-735-2258 TTY

매리랜드 내시경 센터

The Ambulatory Endoscopy Center of Maryland

저희 내시경 센터는 내장 시술을 외래 환자 환경에서 할 수 있게 하는 최첨단 시설을 갖춘 시설입니다. 저희 센터는 환자들에게 편리한 환경에서 최고의 의료 관리를 제공해 드릴수 있으며 더욱 효과적이고 효율적이게 환자들을 수용 할 수 있습니다.

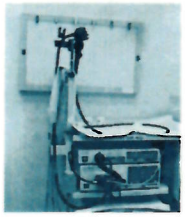
저희 센터는 AAAHC(Accreditation association for Ambulatory Health care, Inc.) 와 Medicare 에서 보증한 센터입니다

저희 의사진과 간호진은 ACLS(Advanced Cardiac Life Support) 자격증이 있습니다

유연장이나, 사전 의료 지시서의 관한 정보를 원하시면 오피스에서 찾으실 수 있습니다.

대기실의 공간이 제안 되어 있으니, 가능한 운전사와만 함께 동행해주시길 바랍니다.

저희 센터에서 행해지는 시술



- 결장 내시경
- 용종 절제술
- 간 조직검사
- 위 내시경
- 식도 확장술
- 이물질 제거
- 위 장관 조직검사
- 위장관 출혈 제어
- 위 조루관 삽입 및 교체
- 복부 천사
- 소장 내시경 검사
- 캡슐 내시경

저희 센터에서 자주 진찰하는 병들

- 대장암 검사
- 결장 용종 제거
- 적절한 치료에도 계속되는 복통
- 적절한 치료에도 계속되는 속쓰림
- 삼키기 어려움
- 헬리코박터필로리 감염검사
- 과민대장증후군
- 높은 간 검사 결과에 대한 분석
- 위, 장의 출혈 이유
- 고치기 힘든 설사의 대한 검사
- 체중감소
- 치질

환자의 법안 권리 규정

모든 환자는 권리를 존중받는 개인으로 취급받을 권리가 있습니다. 저의 센터과 의료직원들은 다음과 같은 환자의 권리 목록을 채택했습니다.

환자의 권리:

•피부색, 종교, 성별, 국적, 장애 및 지불 방법에 차별없이 치료 받을 권리가 있습니다.

•깨끗하고 안전한 환경에서 능력있는 의료진의 배려, 존중된 관리를 받으며, 정신, 육체적 및 성적 학대, 방치, 착취 또한 불필요한 구속에서 자유할 권리가 있습니다. 직원의 편리나 환자의 징계를 위해 마약 또는 다른 약들은 사용 할 수 없습니다.

•시술 요법에 대해 이해할 권리가 있으며 자세한 정보에 근거한 동의에 필요한 시술의 관한 모든 정보를 (시술때 일어날수 있는 위험과 이득을 포함) 받을 권리가 있습니다.

•진단, 계획된 치료방법, 치료후의 병과 및 다른 치료 방법/시술 또는 치료의 부작용과 위험에 대한 모든 정보를 받을 권리가 있습니다. 만약 환자에게 밝이는 것이 의학상 권장되지 않는 경우에는 환자가 지명한 사람이나 법정으로 위임된 사람에게 정보가 주어집니다.

• 의학적 이유로 금기된 경우를 제외하고는 건강관리에 관한 모든 결정에 참가할 권리가 있습니다.

•법과 규정안에 따라 치료를 거부, 또한 주치의의 조언에 반하여 센터를 떠날때 그 결정이 환자분의 건강에 어떤 영향이 있는 지 알 권리 가 있습니다.

• 대처 가능한 다른 의사선생님으로 바꿀 권리가 있습니다.

•숙련된 의료진의 안전한 기구 사용법을 확인할 권리가 있습니다.

•(가능한 경우) 의료사고 보상이 없음을 조언 받을 권리가 있습니다.

• 건강관리에 관한 기록과 정보에 관해 개인 정보 보호, 기밀권, 진실성을 제공받을 권리가 있습니다.

•건강 관리 서비스를 받는 동안 개인 정보 보호, 안전성, 보안을 제공받을 권리가 있습니다.

•환자의 의료 기록를 볼 수 있는 권리, 법으로 제공해야 하는 의무법이 있는 경우를 제외하고는 자료공개를 허락 또는 거부할 권리가 있으며, 또한 자료가 공개된 곳에 대한 목록을 요구할 권리가 있습니다.

•청구 과정과 서비스 요금에 대해 알 권리가 있습니다.

•환자분이 받는 서비스나 관리에 관해 불평 불만을 보복의 두려움 없이 제기할 권리가 있습니다

•임상실험, 연구실험에 대해 알 권리와 환자의 관리에 타협없이 실험에 참여를 거부할 권리가 있습니다.

•의료진의 자격증에 대해 물어 볼 권리가 있습니다. 11/14/13 hk