

麻醉知情同意书

本人特此授权、同意并请求**西北麻醉医师协会 (Anesthesia Associates Northwest, AANW)** 为本人进行必要的术前麻醉。本人所有与麻醉护理相关的问题或疑虑都得到了解答或解决。

- ☐ **深度镇静（丙泊酚全静脉麻醉） Deep Sedation (TIVA with Propofol):** 药物注入血液导致失去意识。患者可能会在反复或疼痛刺激后有目的地做出反应。一般可以自主呼吸。心血管功能通常能够得以维持。可能需要进行呼吸道干预。
- ☐ **MAC（清醒镇静） MAC (Conscious Sedation):** 将药物注入血液以产生镇静作用但不会丧失意识。患者能够对口头命令做出有目的的反应。可以自主呼吸。心血管功能通常能够得以维持。

本人已被告知并了解麻醉有时会出现副作用，包括但不限于一些罕见的并发症。本人理解，在极少数情况下，并发症可能需要住院治疗，之后才能继续接受治疗。

副作用：

咽喉痛
颈部/下颌疼痛
恶心和/或呕吐
静脉注射部位疼痛或损伤
牙齿损伤
肿胀
鼻出血

罕见的并发症：

药品不良反应
呼吸道问题
误吸
低血压和/或心率过低
心律异常
麻痹
心脏病/中风
死亡

本人了解，向医疗服务提供者提供完整病史极为重要，包括需要披露本人正在服用的任何药物，无论是处方药还是非处方药。本人也了解，使用草药、酒精或任何类型的非法药物都可能导致严重的并发症，因此也必须予以披露。此外，本人还了解，既往任何因使用麻醉药引起的并发症都应披露。

本人承认，本人已阅读该知情同意书或他人已向本人读过该同意书，因此，本人了解麻醉服务的风险、替代方案和预期结果，并且本人有充足的时间提出问题并考虑决定。

通过签署本文件，本人特此声明，本人已被告知在怀孕期间使用某些麻醉药物可能会对未出生的孩子造成伤害。 本人有机会弄清任何与怀孕期间麻醉和/或内窥镜检查有关的问题，并且本人所有的问题都得到了满意的答复。

本人进一步声明
I further represent that

☐未怀孕
I am not pregnant

☐已怀孕
I am pregnant

☐ 不适用
N/A

并且本人特此允许医疗机构和 MPA 在本人的麻醉师认为适当的情况下在麻醉下进行结肠镜/内窥镜检查。

患者或法定代表人签名 Patient or Legal Representative Signature	日期 Date	时间 Time
麻醉师签名 Anesthesia Provider's Signature	日期 Date [NT]	时间 Time

麻醉知情同意书

本人特此授权、同意并请求大都会麻醉有限公司 (MPA) 为本人进行必要的术前麻醉。 本人所有与麻醉护理相关的问题或疑虑都得到了解答或解决。

- ☐ **深度镇静（丙泊酚全静脉麻醉） Deep Sedation (TIVA with Propofol):** 药物注入血液导致失去意识。 患者可能会在在反复或疼痛刺激后有目的地做出反应。 一般可以自主呼吸。 心血管功能通常能够得以维持。 可能需要进行呼吸道干预。
- ☐ **MAC（清醒镇静） MAC (Conscious Sedation):** 将药物注入血液以产生镇静作用但不会丧失意识。 患者能够对口头命令做出有目的的反应。 可以自主呼吸。 心血管功能通常得到维持。

本人已被告知并了解麻醉有时会出现副作用，包括但不限于一些罕见的并发症。 本人理解，在极少数情况下，并发症可能需要住院治疗，之后才能继续接受治疗。

副作用:

咽喉痛
颈部/下颌疼痛
恶心和/或呕吐
静脉注射部位疼痛或损伤
牙齿损伤
肿胀
鼻出血

罕见的并发症:

药品不良反应
呼吸道问题
误吸
低血压和/或心率过低
心律异常
麻痹
心脏病/中风
死亡

本人了解，向医疗服务提供者提供完整病史极为重要，包括需要披露本人正在服用的任何药物，无论是处方药还是非处方药。 本人也了解，使用草药、酒精或任何类型的非法药物都可能导致严重的并发症，因此也必须予以披露。 此外，本人还了解，既往任何因使用麻醉药引起的并发症都应披露。

本人承认，本人已阅读该知情同意书或他人已向本人读过该同意书，因此，本人了解麻醉服务的风险、替代方案和预期结果，并且本人有充足的时间提出问题并考虑决定。

通过签署本文件，本人特此声明，本人已被告知在怀孕期间使用某些麻醉药物可能会对未出生的孩子造成伤害。 本人有机会弄清任何与怀孕期间麻醉和/或内窥镜检查有关的问题，并且本人所有的问题都得到了满意的答复。

本人进一步声明
I further represent that

☐未怀孕
I am not pregnant

☐已怀孕
I am pregnant

☐ 不适用
N/A

并且本人特此允许医疗机构和 **MPA** 在本人的麻醉师认为适当的情况下在麻醉下进行结肠镜/内窥镜检查。

患者或法定代表人签名 Patient or Legal Representative Signature	日期 Date	时间 Time
麻醉师签名 Anesthesia Provider's Signature	日期 Date	时间 Time

胃肠内窥镜检查知情同意书

检查说明

利用带灯的仪器直接观察消化道的检查方法称为胃肠内窥镜检查。您的医生建议您进行此类检查。以下信息旨在帮助您了解这些程序的原因和可能的风险。

检查时，使用柔性内窥镜消化道内壁进行彻底检查（可进行或不进行活检、摄影、切除息肉或注射治疗）。组织样本将被送往实验室进行研究，以便确定是否存在异常细胞。如果发现小肿块（息肉），可以将其切除。

胃肠内窥镜检查的主要风险和并发症

胃肠内窥镜检查通常是一种低风险的手术。但是，以下所有并发症都有可能发生，并可能导致住院治疗以及需要您（患者）额外承担经济支出。如果您愿意，您的医生将针对您个人的胃肠内窥镜适应症与您讨论这些并发症的发生频率。

如果您对手术过程还有任何未解答的问题，则必须询问您的医生。

- 穿孔：**该器械进入体内可能会损伤胃肠道壁，并可能导致胃内容物溢出到腹腔。如果发生这种情况，则通常需要通过手术来缝合泄漏区和/或排干该区域。
- 出血：**如果发生出血，则通常是活检、息肉切除术或扩张的并发症。这种并发症的治疗可能包括观察、重复该步骤控制出血、输血、手术或放射学检查。如果在手术过程中发现出血，可以使用控制出血的方法，包括但不限于热凝、放置夹子、注射药物。
- 镇静/药物反应：**使用任何药物都存在风险。这些风险可能包括注射部位静脉轻度炎症、恶心和/或呕吐、对所给药物有过敏反应、癫痫发作或罕见的心脏和/或呼吸并发症。
- 病变漏诊或操作不完整：**您的医生会尽可能识别所有息肉、病变和癌症。可能会出现一个或多个病变因隐藏在肠褶或残留粪便中而没被发现。您的医生将尽可能对您进行完整检查，但有时也可能由于您的身体状况或不适而无法完成。
- 其他：**其他风险可能包括其他既存疾病引起的并发症或牙齿/牙科损伤。在极少数情况下，当内窥镜穿过脾脏旁的结肠弯曲处时，可能会发生脾损伤（脾脏擦伤或撕裂伤），并可能导致住院治疗、需要输血，甚至可能需要手术治疗。仪器故障和死亡极为罕见，且可能性很小。您必须告知医生您的所有过敏倾向和医疗问题。

胃肠内窥镜检查的替代检查：虽然胃肠内窥镜检查是一种极为安全有效的胃肠道检查方法，但其诊断的准确率并非 100%。在少数情况下，可能会导致无法确诊或误诊。有时还可以进行其他诊断或治疗程序，例如实验室测试、药物治疗、X 光检查和手术。您也可以选择不进行诊断性研究和/或治疗。您的医生会与您讨论这些选择。

内窥镜检查程序简介

- 镇静和镇痛：**在手术前和手术期间通过静脉注射药物，以达到一种放松和舒适的状态，从而提高对手术的耐受力。
- 食管胃十二指肠镜检查 (esophagogastroduodenoscopy, EGD)：**检查食道、胃和十二指肠。可行活检或息肉切除术（切除称为“息肉”的小赘生物）。
- 食管扩张：**通过扩张（使用扩张管或球囊扩张器）来拉伸食道的狭窄区域。
- 肠镜检查：**检查小肠。可行活检或息肉切除术（切除称为“息肉”的小赘生物）。
- 柔性乙状结肠镜检查：**检查肛门、直肠和左侧结肠。有时可能需要检查整个结肠（结肠镜检查）。可行活检或息肉切除术（切除称为“息肉”的小赘生物）。
- 结肠镜检查：**检查全部或部分结肠。老年患者和患有广泛性憩室炎的患者更容易出现并发症。可行活检或息肉切除术（切除称为“息肉”的小赘生物）。
- 结肠扩张：**通过扩张（使用扩张管）来拉伸结肠的狭窄区域。
- 回肠镜检查：**通过患者的回肠造口检查小肠下半段（回肠）。可行活检或息肉切除术（切除称为“息肉”的小赘生物）。
- 储袋内镜检查：**检查回肠肛门袋。可行活检或息肉切除术（切除称为“息肉”的小赘生物）。

患者姓名首字母 Patient Initials: _____

同意：为了本人的舒适、健康和安全，本人授权可在建议或必要时给我用药。本人同意为促进医学教育而拍摄及发布任何照片。本人证明，本人了解有关胃肠内窥镜检查的相关信息。本人已经充分了解手术的风险和可能出现的并发症，并且本人有机会向我的医生询问任何问题。本人证明，本人作为患者所提供的本人相关病史、问题、药物、食物和液体摄入量的信息均无误。本人还了解，当我从内窥镜中心出院时，必须有一位负责任的成年人陪同我回家。本人了解，如果忽视这些建议，当出现问题且未报告时，我可能会面临风险。本人特此授权并允许：

医生姓名 Physician Name: _____

及其所委派的任何助手对我实施以下操作：

程序 Procedure (s):

- ☐ 结肠镜检查，可能进行活检、息肉切除术和/或扩张术
Colonoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ 食管胃十二指肠镜检查 (EGD)，可能进行活检、息肉切除术和/或扩张术
Esophagogastroduodenoscopy (EGD) with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ 柔性乙状结肠镜检查，可能进行活检、息肉切除和/或扩张术
Flexible Sigmoidoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ 肠镜检查，可能进行活检和/或息肉切除术
Enteroscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ 回肠镜检查，可能进行活检和/或息肉切除术
Ileoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ 储袋内镜检查，可能进行活检和/或息肉切除术
Pouchoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ 其他Other: _____

如果在检查期间出现任何不可预见的情况，需要（根据医生的判断）进行额外的程序、治疗或手术，本人授权其采取其认为适当的任何措施，包括心肺复苏和转至当地医院。 本人了解，如果转院，本人的预先医疗指示（如果提供给中心）将被一同送往医院。 本人明白医学和外科手术并不是一门精确的科学，并且本人承认没有人向本人保证过该检查的结果。

患者或法定代表人签名:	日期:	时间:
Patient or Legal Representative Signature	Date	Time
见证人签名:	日期 :	时间:
Witness Signature	Date	Time
翻译签名:	日期:	时间:
Interpreter Signature	Date	Time

预立医疗指示和披露

预立医疗指示是一种将您的医疗护理决定意愿以书面形式记录下来的简单方法。预立医疗指示是一份文件，您可以在其中说明您在无法说出自己的意愿时希望接受或拒绝哪些医疗护理。该文件有助于指导家属和医务人员为延缓死亡而制定医治过程。该文件通常指明应给予何种程度的积极医疗救治。

在俄勒冈州，《医疗决定法案》(ORS 127.505-127.995) 允许您个人委托某人在您无法作出您的医疗护理指示时替您作出医疗护理指示。此人被称为您的“医疗护理代表”。您的代表必须同意担任此角色，并且必须签署必要的表格。

预立医疗指示中包含以下内容：

- 生前遗嘱
- 医疗授权书
- 院前医疗护理指示

如需了解有关预立医疗指示的更多信息或获取可下载的表格，请访问或致电：

<https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Pages/AdvanceDirectiveAdoptionCommittee.aspx>
<https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

俄勒冈州健康决策组织 1-800-422-4805

填写预立医疗指示完全是自愿的。如果您不想要预立医疗指示，则无需填写相关表格。

The Oregon Clinic 的预立医疗指示政策

对于所有在内窥镜中心内可能发生了心脏/呼吸事件的患者，都将启动并维持生命维持措施。如果患者不同意此限制声明，患者将有机会转诊到另一家医疗机构接受治疗。任何预立医疗指示（如有）的副本将随患者一起被转到另一家医疗机构。

医生披露

根据联邦 Medicare 法规的要求，我们必须披露我们的医生在 The Oregon Clinic 的胃肠内窥镜中心拥有经济利益。

转诊权利通知及确认

根据俄勒冈州法律 (ORS 441.098)，当您被转诊至我们诊所之外的机构接受治疗时，我们必须通知您，您可以在医生或医疗保健提供者推荐的机构之外的其他机构接受检查或服务。

关于您有权拒绝参与未来匿名和/或编码基因研究的通知

俄勒冈州有多项法律保护个人基因隐私权。这些法律赋予您拒绝将您的健康信息或生物样本用于研究的权利。生物样本可能包括血液样本、尿液样本或从身体收集的其他材料。您可以决定是否允许将您的健康信息或生物样本用于基因研究。有关更多信息，请访问[隐私惯例通知 | The Oregon Clinic](#)。

患者权利与责任

<https://www.oregonclinic.com/patient-rights/>

“患者”是指患者本人、患者的代表或代理人（如适用）。

作为 THE OREGON CLINIC 的患者，您享有以下权利：

- 以您能理解的语言和/或方式接收所有通信。根据必要获取口译员服务。The Oregon Clinic 为残障人士提供辅助工具和服务，以确保他们与我们以有效的方式进行沟通，例如：
 - 合格的手语翻译和语言翻译。
 - 以本市的几种常用语言撰写信息材料。
 - 如果您认为 The Oregon Clinic 未能提供这些服务，或者基于种族、肤色、原国籍、年龄、残疾、性别（包括性别认同和性取向）或这些因素的任何组合以其他方式进行歧视：
- 您可以向 The Oregon Clinic 民权协调员/合规官提出申诉，邮寄地址：541 NE 20th Ave, Suite 225, Portland, OR 97232； 传真：503-935-8911；或发送电子邮件至 compliance@orclinic.com。
- 您可以通过电子方式向 美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉：[U.S. Department of Health & Human Services - Office for Civil Rights](https://www.hhs.gov/office-for-civil-rights/)，或拨打电话 1-800-368-1019 (TDD) 800-537-7697。投诉表格可在[此处](#)获取。传真：202-619-3818。
- 如对 The Oregon Clinic 的门诊手术中心有疑虑，请联系俄勒冈卫生局医疗保健监管与质量改进计划：800 NE Oregon Street, Suite 465, Portland OR 97232; 971-673-0540。投诉表格可在[此处](#)获取。
- 在安全可靠且无任何形式歧视、虐待或骚扰的环境中，获得体贴、尊重和富有同情心的护理。The Oregon Clinic 遵守适用的联邦民权法律，不会基于种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而歧视任何人。
- 在不遭受歧视或报复的情况下行使您的权利。
- 与您的医疗护理相关的个人隐私和保密性。除非法律另有规定，否则，只能在经您的同意的情况下披露您的信息。您有权获知任何人员在场的原因。将遵守 HIPAA 规定。
- 以您能理解的语言，从您的医疗保健提供者或指定工作人员处获得关于您的诊断、治疗和预期结果的信息。如果从医学角度不宜向患者提供此类信息，则将信息提供给患者指定的人员或法律授权的人员。

- 获得必要的信息并参与有关程序或建议治疗的决定，以便在知情的情况下同意或拒绝该治疗方案。
- 获得合理的持续护理，并提前了解就诊的时间和地点、以及提供护理服务的医生。
- 如果有其他合格的医疗保健提供者，可咨询另一位医生或更换医疗保健提供者。
- 同意或拒绝参与研究项目。
- 了解主要负责协调您的护理的医疗保健提供者的姓名和职业身份、以及您可能接触到的其他医生和医疗保健工作者的姓名、职业关系和资格。
- 在法律允许的范围内，查阅您的医疗记录。所有与您的护理相关的通信和记录都将被视为机密信息。
- 在接受医疗程序之前获得信息，包括适用的州健康与安全法律的说明，并在要求时获得正式的州预立医疗指示表格。这些信息可根据要求提供。
- 拥有有效且记录在您的医疗记录中的任何关于生前遗嘱的预立医疗指示、医疗授权书或其他限制您护理的文件，并且，如果您希望在医疗程序过程中遵守您的预立医疗指示，您有权被转介到另一家机构。有关更多信息，请访问[俄勒冈州卫生局：预立医疗指示咨询委员会（ADAC）](#)；关于公共卫生部门：[俄勒冈州](#)。如要获取表格，请访问：[俄勒冈州卫生局：预立医疗指示表格](#)；关于公共卫生部门：[俄勒冈州](#)。
- 提供适当的反馈，包括建议和投诉。
- 针对已提供或未提供的治疗或护理以口头或书面形式提出申诉。如需口头或书面提出申诉或投诉方面的帮助，请访问[监察员中心 | CMS](#) 或 1-800-MEDICARE，俄勒冈州 DHS：[俄勒冈州公共服务部：投诉和疑虑](#)；关于我们：[俄勒冈州](#)。
- 检查您的账单和我们的付款政策，并获得相应的解释，不论付款来源如何。
- 非办公时间通过电话联系医生负责人。根据需要提供紧急措施。

使用[患者权利表格](#)页面上的表格，要求修改您的医疗记录、限制受保护的健康信息或获取受保护健康信息的披露记录。

作为 THE OREGON CLINIC 的患者，您负有以下责任：

- 提供关于您的健康状况的完整和准确信息，包括当前状况、既往病史、住院情况、药物（包括非处方产品和补充剂）、过敏和敏感性，以及任何其他与您健康相关的信息。
- 积极参与您的护理。
- 明确表示您是否理解预期的行动方案以及对您的期望要求，包括您是否预计不会遵循处方治疗或正在考虑替代疗法。在您不理解时提出问题。
- 遵循您的医生推荐的治疗计划，其中可能包括护士和专职医务人员在实施协调护理计划、执行负责医生的指令以及执行适用的规则和法规时的指示。
- 向负责医生报告您身体状况的意外变化。

- 如果您拒绝治疗或不遵循医生的指示，则为您的行为承担责任。
- 提供完整和准确的账单信息以便处理索赔，并及时支付账单。
- 按时赴约，准时就诊，如果不能按时赴约，请尽快通知您的医生。
- 根据您接受的护理，安排一名负责任的成年人来提供送您回家的交通服务，并按照医疗保健提供者的指示或出院指示与他/她/他们待在一起。
- 在 The Oregon Clinic 设施内尊重他人并尊重他们的财产。不遵守此规定可能导致被终止服务。
- 查看我们的[隐私政策](#)。

转诊权利通知

本通知将说明当您的医疗保健提供者将您转诊至其他提供者或机构接受额外检测或医疗保健服务时您所享有的权利。

根据俄勒冈州法律，当您被转诊至我们诊所之外的机构接受护理时，我们（The Oregon Clinic）必须通知您，您可以在医生或医疗保健提供者推荐机构之外的其他机构接受检测或服务。

俄勒冈州法律规定（ORS 441.098）：

- 转诊以进行诊断检测或医疗保健治疗或服务应基于患者的临床需求和个人健康选择。
- 如果患者被转诊至转诊提供者（或该提供者的直系亲属）拥有经济利益的机构接受诊断检测或医疗保健治疗或服务，必须在转诊时通过口头和书面方式将该类利益通知患者。
- 医生或其指定人员应在转诊时告知患者：
 - (a) 患者可以选择在哪里接受检测、治疗或服务；并且
 - (b) 如果患者选择的机构与医生推荐的机构不同，患者有责任联系其保险公司，以确定在患者选择的机构接受检测、治疗或服务的承保范围或承保限制。
- 医生不得仅仅因为患者选择在其他机构接受检测、治疗或服务而拒绝、限制或撤回转诊。

如需收听本《患者权利与责任》文件的录音，请致电 **503-935-8334**。

（2025 年 2 月 4 日修订）

预期情况：支付结肠镜检查费用

筛查

无症状(无胃肠道症状), 年龄 45 岁及以上, **无**炎症性肠病、结肠息肉和/或癌症的个人病史。

这项服务**可能**在《平价医疗法案》(ACA) 规定的承保范围内, 患者无需自付费用。

如果切除息肉, Medicare 可能会将这项服务更改为诊断服务

提供给保险公司的 CPT 代码: 45378、45380 和 45385

诊断代码: Z12.11 (结肠镜筛查)

麻醉(镇静) CPT 代码: 00811 和 00812

病理 CPT 代码: 88305 和 88312

监测

无症状(无胃肠道症状), **有**炎症性肠病、结肠息肉和/或癌症的个人或家族病史。

这项服务**可能不属于**预防性医疗服务, 可能适用自付额和共同保险。

提供给保险公司的 CPT 代码: 45378、45380 和 45385

诊断代码: Z86.010 (息肉的个人病史) 或 Z80.0 (息肉的家族病史)

如果您有炎症性肠病, 请致电我们的办公室以获取您的诊断代码。

麻醉(镇静) CPT 代码: 00811 和 00812

病理 CPT 代码: 88305 和 88312

诊断

目前有胃肠道 (GI) 症状。

这项服务**不属于**预防性医疗服务, 将适用自付额和共同保险。

提供给保险公司的 CPT 代码: 45378、45380 和 45385

诊断代码: 代码可变, 因此请致电我们的办公室以获取您的诊断代码。

麻醉(镇静) CPT 代码: 00811 和 00812

病理 CPT 代码: 88305 和 88312

- 我们收取专业和设施费用。麻醉(镇静)和病理费用由各独立组织收取; 请参阅此网址上的单独手册: www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information
- 我们不能通过更改、增加或删除诊断代码来使之被视为结肠镜筛查。您的保险公司可能会告诉我们我们可以进行这些篡改, 但事实并非如此。根据政府、保险和合规指导原则, 您的医疗记录是一份不可更改的具有约束力的法律文件。更改、增加或删除诊断代码被视为保险欺诈, 将受到法律的制裁。
- 对于上述所有服务类别, 您应该准备好支付您的自付额和最高自费额。请务必注意, 您的保险公司可能不会将您的结肠镜检查视为“结肠镜筛查”。
- 由于每种情况各有不同, 我们强烈建议所有患者在手术前向保险公司咨询承保范围。这可以帮助您避免超支。



结肠镜检查的预期费用

筛查

无症状(无胃肠道症状), 年龄 45 岁及以上, 无炎症性肠病、结肠息肉和/或癌症的个人病史。

这项服务**可能**在《平价医疗法案》(ACA) 规定的承保范围内, 患者无需自付费用。

如果切除息肉, Medicare 可能会将这项服务更改为诊断服务

提供给保险公司的 CPT 代码: 45378、45380 和 45385

诊断代码: Z12.11
(结肠镜筛查)

麻醉(镇静) CPT 代码: 00811 和 00812

病理 CPT 代码: 88305 和 88312

监测

无症状(无胃肠道症状), **有**炎症性肠病、结肠息肉和/或癌症的个人或家族病史。

这项服务**可能不**属于预防性医疗服务, 可能适用自付额和共同保险。

提供给保险公司的 CPT 代码: 45378、45380 和 45385

诊断代码: Z86.010 (息肉的个人病史) 或 Z80.0 (息肉的家族病史)

如果您有炎症性肠病, 请致电我们的办公室以获取您的诊断代码。

麻醉(镇静) CPT 代码: 00811 和 00812

病理 CPT 代码: 88305 和 88312

诊断

目前有胃肠道 (GI) 症状。

这项服务**不**属于预防性医疗服务, 将适用自付额和共同保险。

提供给保险公司的 CPT 代码: 45378、45380 和 45385

诊断代码: 代码可变, 因此请致电我们的办公室以获取您的诊断代码。

麻醉(镇静) CPT 代码: 00811 和 00812

病理 CPT 代码: 88305 和 88312

- 我们收取专业和设施费用。麻醉(镇静)和病理费用由各独立组织收取; 请参阅此网址上的单独手册: www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information
- 我们不能通过更改、增加或删除诊断代码来使之被视为结肠镜筛查。您的保险公司可能会告诉我们我们可以进行这些篡改, 但事实并非如此。根据政府、保险和合规指导原则, 您的医疗记录是一份不可更改的具有约束力的法律文件。更改、增加或删除诊断代码被视为保险欺诈, 将受到法律的制裁。
- 对于上述所有服务类别, 您应该准备好支付您的自付额和最高自费额。请务必注意, 您的保险公司可能不会将您的结肠镜检查视为“结肠镜筛查”。
- 由于每种情况各有不同, 我们强烈建议所有患者在手术前向保险公司咨询承保范围。这可以帮助您避免超支。



帐单信息

您将收到与您的检查相关的不同独立实体开出的账单，例如医生、医疗机构（Oregon Clinic 内窥镜中心或医院）、麻醉医生、病理医生和/或（组织学）实验室。The Oregon Clinic 商务办公室 (503-963-2900) 只能向您提供与我们收取的费用相关的信息。如果您需要帮助，或对账单有任何疑问，请根据下表确定谁最适合解答您的问题。

感谢您选择我们为您提供肠胃科护理。

提供的服务	胃肠病学-东部 地点: Gateway	胃肠病学-西部 地点: Peterkort Building	胃肠病学 – 南部 地点: Tualatin、Oregon City 和 Newberg
专业费用: 涵盖胃肠科医生专业服务。诊室就诊和手术	The Oregon Clinic 商务办公室 电话 (503) 963-2900 办公时间: 周一至周五; 上午 8:00 至下午 4:30		
内窥镜中心费用: 涵盖设施使用、设备、护理和医疗用品。			
组织处理费用: 涵盖术后样本处理成本。			
病理检查费用: 涵盖病理医生读取并解释样本玻片的成本。	The Oregon Clinic 胃肠道病理学实验室 电话: (503) 963-2900 办公时间: 周一至周五; 上午 8:00 至下午 4:30 Providence Laboratory Services (账单信息) 电话: (866) 747-2455 办公时间: 周一至周五上午 8:00 至下午 5:00; 周六上午 9:00 至下午 2:00 联系资源 账单支持 Providence		
麻醉费: 涵盖提供镇静服务的医生 (MD) 或注册护士麻醉师 (CRNA) 的专业费用。	Metropolitan Anesthesia (Coronis Health – 计费公司) 电话: (800) 242-1131 分机 5319 办公时间: 周一至周五; 美国东部时间上午 8:00 至下午 5:00	Metropolitan Anesthesia (Coronis Health – 计费公司) 电话: (800) 242-1131 分机 5319 办公时间: 周一至周五; 美国东部时间上午 8:00 至下午 5:00	Anesthesia Associates NW (Anesthesia Business Consultants - 计费公司) 电话: (877) 222-4217 或 (925) 949-2302 办公时间: 周一至周五; 太平洋标准时间上午 7:00 至下午 3:00
如果您的手术是在医院进行的，请联系医院了解所有费用（专业费、设施费、麻醉费和病理检查费）。			
任何 Providence 医院	Providence Health and Services 商务办公室 电话: (503) 215-4300 办公时间: 周一至周五; 上午 8:00 至晚上 8:00, 周六上午 9:00 至下午 2:00		
任何 Legacy 医院	Legacy Health System 商务办公室 电话: (503) 413-4048 办公时间: 周一至周五; 上午 8:00 至下午 6:45		