

## מגילת זכויות המטופל

### מטופל בבית חולים במדינת ניו יורק זכותך, על פי חוק:

1. להבין זכויות אלה ולהשתמש בהן. אם אינך מבין את זכויותיך, או אם אתה זקוק לסייע, בית החולים חייב לספק לך סיוע כזה, לרבות מתורגמן.
2. לקבל טיפול ללא אפליה על רגע גזע, צבע העור, דת, מין, זהות מגדרית, מוצא לאומי, מוגבלות, נטייה מינית, גיל או אופן התשלום.
3. לקבל טיפול מתחשב ומכבד בסביבה נקייה ובטוחה, נטולת הגבלות מיותרות.
4. לקבל טיפול חירום, אם אתה זקוק לו.
5. לקבל את שמו ותפקידו של הרופא שיהיה אחראי על הטיפול שלך בבית החולים.
6. לדעת את שמותיהם, תיאורי תפקידיהם ותפקידם של אנשי צוות בית החולים שהיו מעורבים בטיפול בך, ולסרב לקבל מהם טיפול, בדיקה או השגחה.
7. לנקוב בשמו של מטפל שיקבל בתוכנית השחרור שלך ויקבל מידע או הנחיות לטיפול בך לאחר השחרור.
8. לקבל את כל המידע על האבחנה, הטיפול והפרוגנוזה שלך.
9. לקבל כל מידע שיידרש לך על מנת לתת הסכמה מדעת לכל הליך או טיפול שיוצע לך. מידע זה יכול את הסיכונים והתועלת האפשריים של אותו הליך או טיפול.
10. לקבל כל מידע שיידרש לך על מנת לתת הסכמה מדעת להוראה שלא לבצע בך החייה. כמו כן, זכותך למנות אדם שייתן את ההסכמה הזאת בשמך אם אתה חולה מכדי לעשות זאת בעצמך. אם אתה מעוניין במידע נוסף, אנא בקש עותק של חוברת המידע "קבלת החלטות בדבר טיפול רפואי – מדריך למטופלים ולמשפחות".
11. לסרב לטיפול ולקבל מידע על ההשפעה שיכולה להיות לסירוב כזה על בריאותך.
12. לסרב להשתתף במחקר. בבואך להחליט אם להשתתף במחקר או לא, זכותך לקבל הסבר מלא.
13. לפרטיות במהלך שהותך בבית החולים ולשמירת סודיות של כל המידע והמסמכים הקשורים לטיפול בך.
14. להשתתף בקבלת כל החלטה לגבי הטיפול בך ולגבי השחרור מבית החולים. בית החולים מחויב להגיש לך תוכנית שחרור בכתב ותיאור בכתב של האופן שבו אתה רשאי לערער על שחרורך.
15. לעיין בתיקך הרפואי ללא תשלום ולקבל עותק של תיקך הרפואי, שבעבורו בית החולים מחויב להגיש לך תוכנית שחרור בכתב ותיאור לקבל עותק רק בגלל שאינך מסוגל לשלם תמורתו.
16. לקבל חשבון מפורט והסבר על כל חיוב.
17. לעיין ברשימה של המחירים הרגילים שבית החולים גובה בעבור פריטים ושירותים, ושל תוכניות הבריאות שבית החולים משתתף בהן.
18. לערער על חשבון לא צפוי באמצעות התהליך הבלתי תלוי לפתרון מחלוקות (Independent Dispute Resolution).
19. להתלונן ללא כל חשש על הטיפול והשירותים שאתה מקבל, ולקבל את תשובת בית החולים, וגם תשובה בכתב, אם אתה מעוניין בכך. אם אינך מרוצה מתשובת בית החולים, תוכל להתלונן בפני מחלקת הבריאות של מדינת ניו יורק (New York State Health Department). בית החולים חייב לתת לך את מספר הטלפון של מחלקת הבריאות.
20. לאשר רשימה של בני משפחה ומבוגרים אחרים שיקבלו עדיפות לבקר אותך בהתאם ליכולתך לקבל אורחים.
21. להצהיר על רצונותיך לגבי תרומת איברים. אנשים בגיל שש עשרה שנים ומעלה רשאים לתעד בכתב את הסכמתם לתרום את איבריהם, עיניהם ו/או הרקמות שלהם, לאחר מותם, על ידי רישום במרשם הנתונים הייעודי של מדינת ניו יורק "NYS Donate Life Registry" או על ידי תיעוד ההרשאה שלהם לתרומת איברים ו/או רקמות בכתב במספר דרכים (כגון בא כח לענייני טיפול רפואי, צוואה, כרטיס תורם איברים או נייר חתום אחר). בית החולים יוכל להקצות לך בא כח לענייני טיפול רפואי.

אם יש לך בעיה או חשש הנוגעים לטיפול שקיבלת או מפצירים בך לדווח על כך לרופא המטפל בך, או לפנות אל מחלקת קשרי מטופלים של המרכז הרפואי מיימונידיס (Maimonides Medical Center Patient Relations Department) בטלפון 283-7212 (718). אם העניין לא טופל לשביעות רצונך אתה רשאי גם להתלונן ישירות בפני הוועדה המאוחדת (The Joint Commission) בכתובת הדוא"ל [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org), בפקס 630-792-5636 או במכתב לכתובת Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Illinois 60181

אם אתה סבור/ה שהרופא שלך או עוזר של הרופא התנהגו באופן לא הולם, דווחי/ על החששות שלך להתנהגות מקצועית לא הולמת (ליצירת קשר OPMC, או בקיצור NYS Office of Professional Medical Conduct למשרד להתנהלות רפואית מקצועית של מדינת ניו יורק) עם המשרד להתנהלות רפואית מקצועית של מדינת ניו יורק;

1-800-663-6114 | <https://www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/contact.htm>

חוק בריאות הציבור (PHL) 2803(i)(g) החולה 405.7(a)(1), 405.7(c) 10NYCRR, 405.7