LETTERHEAD HERE

**患者合作计划**

亲爱的患者：

欢迎来我医院。我们打算为您提供您所期望和应得的护理和服务。您要获得***最佳健康状况***需要您和医生“合作”。作为我们的“健康合作伙伴”，我们要求您通过以下方式帮助我们：

**与医生预约时间进行日常身体检查和推荐的其他健康筛查**

我理解医生会向我解释哪些定期健康筛查适合我的年龄、性别和个人病史和家庭病史。我理解，我需要完成推荐的这些健康筛查（乳房X线照片、免疫接种、巴氏涂片等）。**这些健康筛查是能够帮助检测危及生命的疾病和状况的测试。**如果我看医生只是为了治疗当前的问题，忘记安排定期健康筛查，我会让自己处于未检测到严重健康问题的风险中。我会安排定期看医生，以便完成身体检查，并讨论这些健康筛查。

**保持复诊预约和重新安排错过的预约**

我理解，医生想知道我离开办公室后我的状况发展情况。我按时复诊让医生有机会检查我的状况和我对治疗的反应。在复诊预约期间，医生可能会要求做测试，转诊给专家，开处方药，或甚至发现和治疗严重的健康状况。如果我错过预约，而且没有重新预定时间，会出现医师无法检测和治疗严重健康状况的风险。我会尽一切努力尽快重新安排错过的预约。

**当我没有听到化验和其他测试结果时打电话给医师办公室**

我理解，医师的目的在于尽快向我报告我的化验和测试结果。但是，如果我在规定时间内没有收到医师办公室的来信，我会打电话给医师办公室问我的检查结果。

**如果我决定不遵循医生推荐的治疗计划，要告诉医生**

我理解，我检查后，医生可能会根据他或她对我的健康的感觉做一些推荐。这可能包括开处方药，将我转诊给专家，要求化验和测试，或甚至要求我在某些时间内复诊。我理解，不遵守治疗计划会对我的健康产生严重的不良后果。当我决定不再遵循医生的推荐时，我会告诉医生，以便他或她可以充分告诉我与我决定延迟或拒绝治疗相关的任何风险。

感谢您的合作。作为我们的患者，您有权得知有关您的健康信息。我们邀请您**随时**提出任何问题，报告症状，或讨论您的任何担忧。如果您需要有关您的健康或状况的更多信息，尽请提问。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

患者签字 日期 医师签字