



专业服务同意书

感谢您选择 Apple Tree Counseling LLC!

只有在您的帮助下，我们才能维持这些高标准。请协助我们为您提供最高品质的服务并查阅以下内容：

截至 2023 年 1 月

- **术语定义：** 通过在我们的保密电子健康管理系统中完成我们的文书工作并寻求我们的服务，您同意寻求心理治疗或临床心理健康咨询（可互换术语），这是心理健康治疗的一部分。您同意接受我们工作人员的临床/专业服务治疗，其中包括各种许可证和资格，以在整个治疗过程中共同确定临床医生或治疗师（可互换术语）的看诊时间长度，并参与已确定服务对象或患者的心理健康护理（可互换术语）。
- **财务承诺：** 我们将出于礼貌向您收取保险费用。但是，所有免赔额和共付额均由您承担。您的保险公司未承保的任何及所有费用均应在接受服务时全额支付。如果您选择不使用保险，请参阅《善意估计》，了解您可能承担的最大可能的自付费用。因访问权限限制，索赔信息交换所和 EHR 供应商的支持人员无法获取患者的叙述笔记。此举符合 HIPAA 准则，以确保不会以任何方式通过出于研究目的而提取的任何数据识别服务对象的身份。
- **持续透明度：** 如有以下任何情况，您必须立即通知我们的办公室：1. 姓名变更（提供法律文件复印件），2. 地址变更，3. 电话号码变更，以及 4. 保险变更（如果您未通知本办公室，您仍需承担支付账单责任）。
- **自愿参与治疗：** 所有服务对象（不计年龄）均自愿同意接受治疗，因此可以随时终止且不会受到处罚。咨询需要投入大量的时间、金钱和精力，因此您应该仔细考虑您选择的治疗师。在前几次治疗中，您应该确定您的治疗师是否适合您。如果您觉得治疗师不是适合您，那么您的治疗师也将非常乐意帮助您寻找适合的新治疗师。
- **证书和资格：** Apple Tree Counseling LLC 治疗师持有咨询、社会工作和心理学领域等各类学位，例如：临床心理健康咨询硕士学位、执业婚姻和家庭治疗师、执业咨询住院医师或执业临床社会工作者。您的辅导员、住院医师或 LCSW 均持有弗吉尼亚州执照，可以根据其培训和教育提供心理治疗或医学实践，（无论是在监督下实践或独立实践）。请在治疗前询问您指定的临床医生的执照和/或资格，如果您不接受无独立执照的临床医生，请在治疗前告知我们的办公室。
- **时间管理：** 您的咨询师会在预约时预留与您一起工作的时间和办公设施的使用权。如果未遵守预约，则必须缴纳 \$75.00 的费用，以帮助我们支付在此期间运营设施/软件的成本。预约必须提前两个工作日取消、调整或更改，以确保不会向您收取任何失约费用。我们根据“时间段”理念安排时间，以维持商定的治疗预约频率。如果错过两次或两次以上预约，且未在 48 小时通知的情况下取消或重新安排预约，则临床医生有权拒绝提供进一步的服务。您的时间段很宝贵，而我们的临床医生可能会因保留您的时间段而失去为他人服务的机会。
- **空间：** 我们的候诊室无法容纳大量人员。只有预约人士才能进入我们的办公室。为了确保隐私，请在预约时间前 10 分钟内抵达我们的办公室。在治疗进行过程中，请保持低声，以尊重本办公室的其他服务对象。
- **医疗记录和文件：** 仅在证明需要所要求的文件的情况下才提供相关文件。请求获取记录文件的服务对象必须遵循我们网站上“表格”下的文档协议。我们行业的法律和标准要求我们保存治疗记录。

您有权获得记录副本，除非我们认为查看这些记录会造成情感上的损害，不符合服务对象的最佳利益等。在这种情况下，我们可能不得不拒绝提供相关记录。Apple Tree Counseling LLC 的文件曾多次用于保险审计或司法审判，我们记录治疗疗程，以便收集数据、跟踪治疗里程碑、治疗决策以及治疗跟踪和计划。因为这些是专业记录，可能会被误解和/或令非专业读者感到不安。我们建议您向治疗师提出任何问题和/或在治疗师在场的情况下查看这些问题，以便我们讨论内容。所有记录将由您的治疗师在安全区域或我们符合 HIPAA 的 EHR 系统中保存，期限为自服务之日起七年。请参阅独立文档《服务对象权利》。工作人员提供和填写的所有记录均为 Apple Tree Counseling, LLC 的财产。

- **监护权：** 授权向儿童提供服务的成人必须是有监护权的父母或法定监护人。
- **治疗风险：** 正如药物有时会引起意想不到的副作用一样，咨询也会激发痛苦的记忆、生活中意想不到的变化，以及悲伤、内疚、愤怒、沮丧、孤独和无助等不舒服的感觉。在某些情况下，服务对象的症状在治疗过程中变得更严重，有时需要住院治疗。治疗的另一个风险是，在整个治疗改变的过程中，服务对象经常会达到一个改变的程度，他们可能会觉得自己不同了，不再是治疗前的那个人。有时这些感觉可能会令人不安。
- **同事咨询/住院医生和实习生监督：** 根据实践标准，您的治疗师可能会就病例的护理和管理咨询或法律要求咨询其他心理健康专业人员。该咨询/监督的目的是确保护理质量。您的治疗师将保持完全保密，并通过不使用真实姓名或任何识别信息来保护您的身份。如果您已有住院咨询医生或研究生实习生，他们均属临床医生，并会定期与主管会面，以保持最佳、最基于证据的实践。
- **保密和特权的例外情况：** 我们非常重视您的保密性以及作为值得信赖的临床医生的荣幸。我们会尽一切合法手段保护敏感的私人健康信息。然而，我们也会面临一些限制。 请注意，14 岁以下未成年服务对象有保密限制。如果根据情况并符合未成年子女的最大利益，父母和监护人有合法权利查阅未成年服务对象的记录。作为弗吉尼亚州的法定记录人员，所有工作人员在以下情况下均负有违反保密规定的法律义务：
 1. 当治疗师有理由怀疑服务对象曾经或目前正在实施虐待或忽视儿童的行为时
 2. 当治疗师有理由怀疑服务对象曾经或目前实施虐待或忽视弱势成年人或其他人时，即服务对象怀孕并吸食街头毒品时
 3. 如果服务对象报告其他辅导员或专业人士有不当性行为
 4. 如果服务对象对自己构成严重危险，即有自杀倾向
 5. 如果服务对象对其他人构成严重危险，即杀人
 6. 如果有法院命令要求提供记录副本（我们不会仅根据律师的要求提供记录）
- **传票：** Apple Tree Counseling LLC **不提供**法证服务。如果您或您的律师向专业人员送达传票，则传票送达人应负责在送达传票之日以及任何法律诉讼之前，按照 Apple Tree Counseling LLC 法证费用表的现行费率以及传票中陈述的所有服务支付相关费用。
- **协议、同意和声明：** 如果患者为儿童（14 岁或以下），我证明我是有监护权的父母或法定监护人，具有为孩子请求治疗的法定权力。我理解并同意上述条款。我同意根据已接受的服务支付所有专业费用。我了解所有费用均应在接受服务后支付。我同意承担所有费用以及任何利息、律师费、托收费用和成本以及与托收费用相关的所有其他费用。我放弃宪法和弗吉尼亚州法律规定的有关收费的所有权利和豁免。

通过签署或电子签署本文件，我同意遵守以上条款。

我已收到、阅读并理解随本协议提供的《隐私程序通知》/《HIPAA》手册。

签名_____ 与患者的关系_____