

Διακήρυξη των δικαιωμάτων των ασθενών

Ως ασθενής σε νοσοκομείο της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, δικαιούστε κατά τον νόμο τα εξής:

- (1) Να κατανοείτε και να ασκείτε τα δικαιώματά σας. Εάν για οποιοδήποτε λόγο δεν καταλαβαίνετε ή χρειάζεστε βοήθεια, το νοσοκομείο ΟΦΕΙΛΕΙ να σας προσφέρει βοήθεια, καθώς επίσης και διερμηνέα.
- (2) Να νοσηλεύεστε χωρίς καμία διάκριση λόγω φυλής, χρώματος επιδερμίδας, θρησκείας, φύλου, εθνικής καταγωγής, αναπηρίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, προέλευσης της πληρωμής, ή ηλικίας.
- (3) Να σας παρέχεται προσεκτική και σεβαστή περίθαλψη μέσα σε καθαρό και ασφαλές περιβάλλον απαλλαγμένο από περιττούς περιορισμούς.
- (4) Να σας παρέχεται επείγουσα ιατρική περίθαλψη, εφόσον τη χρειάζεστε.
- (5) Να γνωρίζετε το όνομα και το βαθμό του γιατρού που έχει αναλάβει τη φροντίδα σας στο νοσοκομείο.
- (6) Να γνωρίζετε τα ονόματα, τις θέσεις και τις αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι υπεύθυνο για την περίθαλψή σας, και να αρνηθείτε τυχόν θεραπεία, εξέταση ή παρακολούθηση από το εν λόγω προσωπικό.
- (7) Ένα δωμάτιο για μη καπνίζοντες.
- (8) Να ενημερώνεστε πλήρως για τη διάγνωση, θεραπεία και πρόγνωση της ασθένειάς σας.
- (9) Να λαμβάνετε όλα τα στοιχεία που χρειάζεστε προκειμένου να δώσετε τη συγκατάθεσή σας κατόπιν πληροφόρησης για οποιαδήποτε προτεινόμενη επέμβαση ή θεραπεία. Οι πληροφορίες αυτές θα περιλαμβάνουν τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη της επέμβασης ή της θεραπείας.
- (10) Να λαμβάνετε όλες τις πληροφορίες που χρειάζεστε προκειμένου να δώσετε τη συγκατάθεσή σας κατόπιν πληροφόρησης για εντολή μη επαναφοράς στη ζωή. Έχετε επίσης το δικαίωμα να ορίσετε κάποιο άλλο άτομο να δώσει για λογαριασμό σας τη συγκατάθεση, αν είστε πολύ άρρωστοι και δεν μπορείτε να το κάνετε οι ίδιοι. Αν επιθυμείτε επιπλέον πληροφορίες, ζητήστε το έντυπο «Λήψη αποφάσεων σχετικά με την περίθαλψη — Οδηγός για ασθενείς και συγγενείς».
- (11) Να αρνηθείτε τη θεραπεία και να πληροφορηθείτε ως προς το τι επιπτώσεις μπορεί αυτό να έχει για την υγεία σας.
- (12) Να αρνηθείτε τη συμμετοχή σας σε έρευνα. Προκειμένου να αποφασίσετε αν θα συμμετάσχετε ή όχι, έχετε δικαίωμα να λάβετε λεπτομερείς πληροφορίες.
- (13) Διαφύλαξη της ιδιωτικότητάς σας κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο και τήρηση της εχεμύθειας όσον αφορά όλες τις πληροφορίες και το ιστορικό της θεραπείας σας.
- (14) Να συμμετέχετε σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία σας και την έξοδό σας από το νοσοκομείο. Το νοσοκομείο οφείλει να σας προμηθεύσει γραπτό πρόγραμμα εξόδου και γραπτή περιγραφή για το πώς να υποβάλετε ένσταση για την έξοδό σας από το νοσοκομείο.
- (15) Να εξετάσετε τον ιατρικό σας φάκελο χωρίς επιβάρυνση. Να αποκτήσετε αντίγραφο του ιατρικού φακέλου σας για τον οποίο το νοσοκομείο μπορεί να σας επιβάλει εύλογη χρέωση. Το νοσοκομείο δεν μπορεί να αρνηθεί να σας δώσει αντίγραφο εάν αδυνατείτε να καταβάλετε την εν λόγω χρέωση.
- (16) Να λάβετε αναλυτικό λογαριασμό και αιτιολογία όλων των δαπανών.
- (17) Να παραπονεθείτε χωρίς φόβο αντιποίνων για τη φροντίδα και τις υπηρεσίες που σας παρέχονται και να ζητήσετε από το νοσοκομείο να σας δώσει ακόμη και έγγραφη απάντηση εάν το επιθυμείτε. Αν δεν ικανοποιηθείτε από την απάντηση του νοσοκομείου, μπορείτε να υποβάλετε παράπονα στο Υπουργείο Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης. Το νοσοκομείο οφείλει να σας δώσει τον αριθμό τηλεφώνου του Υπουργείου Υγείας.
- (18) Να εξουσιοδοτήσετε μέλη της οικογένειάς σας και άλλους ενήλικους που θα έχουν προτεραιότητα επισκέψεων σύμφωνα με την ικανότητά σας να δέχεστε επισκέπτες.
- (19) Να γνωστοποιήσετε τις επιθυμίες σας σχετικά με τις ανατομικές δωρεές. Μπορείτε να διατυπώσετε γραπτώς τις επιθυμίες σας στο πληρεξούσιο ιατρικής περίθαλψης ή σε μια κάρτα δωρητή που διατίθεται στο νοσοκομείο.