

同意書

(緊急時訪問看護加算・特別管理加算)

☐

a 私は、貴訪問看護ステーションの24時間連絡体制により、緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するため、緊急時訪問看護加算を算定することに同意します。

☐

b 私は、病気の状態から、()の管理・相談が必要なため、特別管理加算を算定することに同意します。

☐

c 私は、医療保険におけるオンライン資格確認システム導入に伴い、訪問看護ステーションきらきらがマイナンバー保険証へのアクセス、および医療情報の取得を行うことに同意します。

令和 年 月 日

会社・団体名 医療法人社団 恵隆会

事業所名 訪問看護ステーションきらきら 管理者様

住所

氏名

※利用者自らが同意する場合は記入不要です。

同意者

住所

氏名

利用者との関係