The Psychiatry Group PLLC

5904 N Division St, Spokane, WA 99208 · (844) 495-4357 · info@psychiatrygroup.com

AI-Assisted Care Disclosure & Consent · Розкриття та згода на ШІ

Use of HIPAA-Compliant AI Tools · Використання інструментів ШІ (HIPAA)

The Psychiatry Group uses HIPAA-compliant artificial intelligence (AI) tools as part of our normal clinical workflow. These tools may listen during your visit and process the conversation to help create a transcript, prepare a draft clinical note, organize information, or assist with other clinical and administrative work. AI does not replace your provider. AI does not independently diagnose you, prescribe medication, or make treatment decisions. AI can make mistakes; your provider remains responsible for your care and for reviewing the clinical information used to make treatment decisions. Because these tools are an integral part of how our practice provides care, agreeing to their use is required to receive routine care from The Psychiatry Group.

The Psychiatry Group використовує інструменти штучного інтелекту (ШІ), що відповідають вимогам HIPAA, як частину нашого звичайного клінічного процесу. Ці інструменти можуть слухати під час вашого прийому та обробляти розмову, щоб допомогти створити розшифровку, підготувати чернетку клінічного запису, упорядкувати інформацію або допомагати в іншій клінічній та адміністративній роботі. ШІ не замінює вашого лікаря. ШІ не ставить діагноз самостійно, не призначає ліки та не ухвалює рішень щодо лікування. ШІ може припускатися помилок; ваш лікар залишається відповідальним за ваше лікування та за перевірку клінічної інформації, що використовується для ухвалення рішень. Оскільки ці інструменти є невід'ємною частиною того, як наша клініка надає допомогу, згода на їх використання є обов'язковою для отримання планового лікування в The Psychiatry Group.

☐ I understand and agree to the use of HIPAA-compliant AI tools, including ambient listening and processing of my visit.

☐ Я розумію та погоджуюся на використання інструментів ШІ (HIPAA), включно з фоновим прослуховуванням та обробкою мого прийому.

Ім'я пацієнта / Patient name: _____ Дата народження / DOB: _____

Підпис / Signature: _____ Дата / Date: _____

THE PSYCHIATRY GROUP

ПОЛІТИКА ЩОДО НЕЯВКИ ТА ПІЗНЬОГО СКАСУВАННЯ ПРИЙОМУ

No-Show and Late Cancellation Fee Policy

Дата набрання чинності: 3 листопада 2025 року
Effective Date: November 3, 2025

Політика

Policy

У The Psychiatry Group ми прагнемо забезпечити своєчасний доступ до психотерапії та психіатричних прийомів для контролю медикаментозного лікування. Якщо пацієнт записався на прийом, але не з'явився та не скасував його щонайменше за 24 години, зарезервований час залишається невикористаним, через що інші пацієнти не можуть отримати допомогу в цей час, а робота клініки ускладнюється.

At The Psychiatry Group, we strive to provide timely access to psychotherapy and psychiatry medication-management appointments. When a patient schedules an appointment and fails to attend without canceling at least 24 hours in advance, a reserved time slot goes unused—preventing other patients from receiving care and impacting our practice operations.

Первинний прийом нового пацієнта

Якщо пацієнт не з'являється на прийом і не скасовує його більш ніж за 24 години до призначеного часу, стягується **плата за неявку в розмірі $100**.

New-patient appointment (first visit): If the patient does not show and does not cancel more than 24 hours before the scheduled time, the patient will be charged a $100 no-show fee.

Повторний прийом — психотерапія або контроль психіатричного медикаментозного лікування

Якщо пацієнт не з'являється на прийом і не скасовує його більш ніж за 24 години, стягується **плата за неявку в розмірі $75**.

Follow-up appointment (psychotherapy or psychiatry medication-management): If the patient does not show and does not cancel more than 24 hours prior, the patient will be charged a $75 no-show fee.

- Ця політика поширюється на всі заплановані психотерапевтичні прийоми та психіатричні прийоми для контролю медикаментозного лікування.
  This policy applies to all scheduled psychotherapy appointments and psychiatry medication-management visits.

- При скасуванні менш ніж за 24 години до призначеного часу або неявці стягується відповідна плата.
  Patients who cancel within 24 hours of the appointment time, or do not show up, are still subject to this fee.

- Страхові компанії зазвичай не покривають плату за неявку. Пацієнт несе відповідальність за її сплату.
  Insurance companies generally do not cover no-show fees. The patient is responsible for payment of the no-show fee.

- Плату необхідно сплатити до запису на наступний прийом, якщо з клінікою не узгоджено інші умови.
  Payment of the fee is due before scheduling another appointment unless alternative arrangements are made with the practice.

- Повторні неявки, наприклад більше 3 без належного попередження, можуть призвести до неможливості подальшого запису на прийоми на розсуд лікаря.
  Repeated no-shows, e.g., more than 3 without sufficient notice, may result in inability to continue scheduling appointments at the provider's discretion.

Чому існує ця політика

Why This Policy Exists

Вона допомагає нам поважати час наших лікарів, персоналу та інших пацієнтів, які можуть очікувати на прийом. Вона забезпечує справедливе використання зарезервованого часу та дає змогу своєчасно запропонувати вільний час іншим пацієнтам. Вона також сприяє ефективнішому плануванню та доступу до медичної допомоги.

It helps us respect the time of our providers, staff, and other patients who may be waiting for appointments. It promotes fairness by ensuring reserved time is used or timely freed up for patients who need it. It enables better scheduling efficiency and access to care.

Застосування

Implementation

Під час запису на прийом пацієнт отримує письмове повідомлення про цю політику. Нагадування про прийом надсилаються телефоном, SMS або електронною поштою відповідно до стандартної практики клініки.

When an appointment is booked, the patient will be informed of this policy in writing. Appointment reminders will be sent by phone, text, or email according to our standard practice.

Якщо пацієнт не скасує прийом більш ніж за 24 години та не з'явиться на нього, буде нараховано плату за неявку.

If the patient fails to cancel more than 24 hours in advance and does not attend, the no-show fee will be billed.

Якщо пацієнт запізнюється і лікар визначає, що через недостатню кількість часу прийом неможливо належним чином провести, такий прийом може вважатися неявкою.

If the patient arrives late and the provider determines that the session cannot reasonably proceed because insufficient time remains, the appointment may be considered a no-show.

Правова підстава — штат Вашингтон

Legal Basis — Washington State

Відповідно до законодавства штату Вашингтон, зокрема WAC 296-20-010(6), медичний працівник може виставити пацієнту рахунок за пропущений прийом («неявку»), якщо політика щодо пропущених прийомів застосовується до всіх пацієнтів незалежно від страхової компанії або програми пільг і пацієнтів регулярно повідомляють про цю політику.

Under Washington law, specifically WAC 296-20-010(6), a provider may bill a patient for a missed appointment ("no-show") if the provider has a missed-appointment policy that applies to all patients regardless of insurer or entitlement program and routinely notifies all patients of the policy.

WAC 296-20-010 безпосередньо стосується випадків компенсації працівникам у зв'язку з виробничими травмами. Цей виклад надається лише з інформаційною метою та не є юридичною консультацією.

WAC 296-20-010 specifically applies in a workers' compensation/injured-worker context. This summary is for informational purposes only and does not constitute legal advice.

Підтвердження ознайомлення

Acknowledgment

Записуючись на прийом у The Psychiatry Group, ви підтверджуєте, що прочитали, зрозуміли та погоджуєтеся дотримуватися цієї політики щодо неявки та пізнього скасування прийому.

By scheduling an appointment at The Psychiatry Group, you acknowledge that you have read, understood, and agree to abide by this no-show/late-cancellation policy.

Ім'я / First Name: _____

Прізвище / Last Name: _____

Дата народження / Date of Birth: _____

Електронний підпис / E-Signature: _____

Дата / Date: _____

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ВІРТУАЛЬНОГО ПРИЙОМУ

Virtual Visit Instructions

Ласкаво просимо до Psychiatry Group — кабінету доктора Маліка!
Welcome to Psychiatry Group — Dr. Malik's Office!

Ми раді можливості підтримати вас у питаннях психічного здоров'я. Вам призначено віртуальний прийом в одного з наших спеціалістів. Будь ласка, повідомте наш офіс, якщо у вас немає смартфона або вебкамери.

We're looking forward to supporting you in your mental health journey. You've been scheduled for a virtual appointment with one of our providers. Please let our office know if you do not have a smartphone or webcam.

Наші офіси розташовані в Spokane, Kennewick, Everett, Kent, Mt. Vernon, Yakima, Renton, Sacramento (California) та Post Falls (Idaho).

We have offices in Spokane, Kennewick, Everett, Kent, Mt. Vernon, Yakima, Renton, Sacramento (California), and Post Falls (Idaho).

Будь ласка, заповніть документи нового пацієнта щонайменше **за 48 годин до прийому**.

Please complete your new-patient paperwork at least 48 hours before your appointment.

1. Підтвердьте свій прийом
Confirm Your Appointment

Ви отримаєте посилання на відеоприйом через SMS або, за запитом, електронною поштою. Після отримання повідомлення підтвердьте свій прийом.

You'll receive a video link by text, or by email upon request. Please confirm your appointment when you receive it.

Ініціали / Initials: _____

2. Заповніть форми нового пацієнта
Complete Your New Patient Forms

Скористайтеся надісланим нами посиланням, щоб заповнити інформацію про пацієнта, психіатричний анамнез/форми WHODAS, згоду на лікування та документи щодо правил клініки.

Use the link we sent to complete patient information, mental health history/WHODAS forms, consent to treat, and office policies.

Ініціали / Initials: _____

Бажана мова / Preferred Language: _____

Потрібен перекладач / Interpreter Needed:
[ ] Так / Yes [ ] Ні / No

3. Перевірте свій пристрій
Test Your Device

Переконайтеся, що у вас є:

- Телефон, планшет або комп'ютер із камерою та мікрофоном.
  A phone, tablet, or computer with a camera and microphone.
- Стабільне підключення до Інтернету.
  A strong internet connection.
- Тихе та приватне місце.
  A quiet, private space.

Порада: використовуйте навушники для кращої якості звуку та конфіденційності.

Tip: Use headphones for better sound and privacy.

Якщо у вас немає відповідного пристрою, ви можете скористатися окремою кімнатою та обладнанням в одному з наших офісів. Зателефонуйте або надішліть повідомлення заздалегідь, щоб зарезервувати місце: **(844) 495-4357 або (509) 618-0660.**

If you do not have a suitable device, you may use a private room with a clinic device at one of our locations. Call or text ahead to reserve a space: (844) 495-4357 or (509) 618-0660.

Ініціали / Initials: _____

4. Підготуйтеся до прийому
Get Ready for Your Visit

За 10 хвилин до прийому перебувайте в тихому та приватному місці. Керувати автомобілем під час прийому заборонено.

Ten minutes before your appointment, be in a quiet, private space. Actively driving during your visit is not allowed.

Підготуйте посвідчення особи з фотографією, список лікарських засобів, які ви приймаєте, та запитання, які хочете обговорити.

Have your photo ID, medication list, and any questions ready.

Ініціали / Initials: _____

5. Приєднайтеся до прийому
Join the Visit

Перейдіть за посиланням на відеоприйом за 5–10 хвилин до призначеного часу. Дозвольте доступ до камери та мікрофона. Ваш спеціаліст невдовзі приєднається.

Click the video link 5–10 minutes before your appointment. Allow camera and microphone access. Your provider will join you shortly.

Якщо зв'язок перервався, телефонуйте: **509-618-0660.**

If disconnected, call: 509-618-0660.

Ініціали / Initials: _____

6. Після прийому
After the Visit

Ваш спеціаліст може надіслати рецепти до вашої аптеки, рекомендувати повторні прийоми або психотерапію чи попросити персонал зв'язатися з вами для запису.

Your provider may send prescriptions to your pharmacy, recommend follow-up visits or therapy, or ask staff to contact you for scheduling.

Запитання / Questions:
(844) 495-4357
(509) 618-0660
info@psychiatrygroup.com
jennifer.leija@psychiatrygroup.com

Ініціали / Initials: _____

Я розумію порядок проведення віртуальних прийомів у Psychiatry Group і погоджуюся зв'язатися з клінікою щонайменше за 48 годин, якщо мені потрібно змінити час прийому. Я також розумію, що мені надано необхідну контактну інформацію для звернення до клініки з будь-якими запитаннями або проблемами.

I understand the process for virtual appointments at Psychiatry Group and agree to reach out at least 48 hours in advance if I need to change my appointment. I also understand that I have been provided the necessary resources to contact the clinic with questions or concerns.

Ініціали / Initials: _____

Електронний підпис / E-Signature: _____

Дата / Date: _____

PHQ-9 — ОПИТУВАЛЬНИК ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА

PHQ-9 — Patient Health Questionnaire

Дата / Date: _____

Ім'я пацієнта / Patient First Name: _____

Друге ім'я / Patient Middle Name: _____

Прізвище / Patient Last Name: _____

Дата народження / Date of Birth: _____

Протягом останніх 2 тижнів як часто вас турбували наведені нижче проблеми?
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

0 — Зовсім ні / *Not at all*
1 — Кілька днів / *Several days*
2 — Більше половини днів / *More than half the days*
3 — Майже щодня / *Nearly every day*

1. **Мало зацікавленості або задоволення від виконання справ.**
   Little interest or pleasure in doing things.
   Відповідь / Response: _____

2. **Почуття пригніченості, депресії або безнадії.**
   Feeling down, depressed, or hopeless.
   Відповідь / Response: _____

3. **Труднощі із засинанням або підтриманням сну чи надмірно тривалий сон.**
   Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much.
   Відповідь / Response: _____

4. **Відчуття втоми або нестачі енергії.**
   Feeling tired or having little energy.
   Відповідь / Response: _____

5. **Поганий апетит або переїдання.**
   Poor appetite or overeating.
   Відповідь / Response: _____

6. **Погана думка про себе — або відчуття, що ви невдаха чи підвели себе або свою сім'ю.**
   Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down.
   Відповідь / Response: _____

7. **Труднощі з концентрацією уваги, наприклад під час читання газети або перегляду телевізора.**
   Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.
   Відповідь / Response: _____

8. **Настільки повільні рухи або мовлення, що це могли помітити інші; або, навпаки, така метушливість чи неспокій, що ви рухалися значно більше, ніж зазвичай.**
   Moving or speaking so slowly that other people could have noticed; or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around much more than usual.
   Відповідь / Response: _____

9. **Думки про те, що вам було б краще померти, або про заподіяння собі шкоди будь-яким способом.**
   Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.
   Відповідь / Response: _____

Загальний бал / Total Score: _____

Якщо ви відзначили будь-які проблеми, наскільки вони ускладнювали вашу роботу, виконання домашніх справ або стосунки з іншими людьми?

If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

[ ] Зовсім не ускладнювали / *Not difficult at all*
[ ] Дещо ускладнювали / *Somewhat difficult*
[ ] Дуже ускладнювали / *Very difficult*
[ ] Надзвичайно ускладнювали / *Extremely difficult*

GAD-7 — ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО ТРИВОГИ

GAD-7 — Generalized Anxiety Disorder Questionnaire

Протягом останніх 2 тижнів як часто вас турбували наведені нижче проблеми?
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?

0 — Зовсім ні / *Not at all*
1 — Кілька днів / *Several days*
2 — Більше половини днів / *More than half the days*
3 — Майже щодня / *Nearly every day*

1. **Відчуття нервозності, тривоги або сильного напруження.**
   Feeling nervous, anxious, or on edge.
   Відповідь / Response: _____

2. **Нездатність зупинити або контролювати хвилювання.**
   Not being able to stop or control worrying.
   Відповідь / Response: _____

3. **Надмірне хвилювання з різних приводів.**
   Worrying too much about different things.
   Відповідь / Response: _____

4. **Труднощі з розслабленням.**
   Trouble relaxing.
   Відповідь / Response: _____

5. **Такий сильний неспокій, що важко всидіти на місці.**
   Being so restless that it is hard to sit still.
   Відповідь / Response: _____

6. **Легка дратівливість або роздратованість.**
   Becoming easily annoyed or irritable.
   Відповідь / Response: _____

7. **Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе.**
   Feeling afraid as if something awful might happen.
   Відповідь / Response: _____

Загальний бал / Total Score: _____

WHODAS 2.0 — ВЕРСІЯ З 36 ПУНКТІВ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ЗАПОВНЕННЯ

WHODAS 2.0 — 36-Item Self-Administered Version

Ім'я / Patient First Name: _____

Друге ім'я / Patient Middle Name: _____

Прізвище / Patient Last Name: _____

Дата народження / Date of Birth: _____

Номер страхової справи / Claim Number: _____

Дата / Date: _____

Цей опитувальник стосується труднощів, пов'язаних зі станом фізичного або психічного здоров'я. Стани здоров'я включають захворювання, інші короткочасні або тривалі проблеми зі здоров'ям, травми, психічні або емоційні проблеми та проблеми, пов'язані з алкоголем або наркотиками. Згадайте останні 30 днів та оцініть, наскільки важко вам було виконувати наведені нижче дії.

This questionnaire asks about difficulties due to health/mental health conditions. Health conditions include diseases or illnesses, other short- or long-lasting health problems, injuries, mental or emotional problems, and problems with alcohol or drugs. Think back over the past 30 days and answer based on how much difficulty you had doing the following activities.

Варіанти відповіді / Response Options

Немає труднощів / *None*
Незначні / *Mild*
Помірні / *Moderate*
Значні / *Severe*
Надзвичайні або не можу виконати / *Extreme or cannot do*

Розуміння та спілкування

Understanding and Communicating

D1.1 Зосереджуватися на виконанні чогось протягом десяти хвилин?
Concentrating on doing something for ten minutes?
Відповідь / Response: _____

D1.2 Пам'ятати про необхідність зробити важливі справи?
Remembering to do important things?
Відповідь / Response: _____

D1.3 Аналізувати та знаходити рішення повсякденних проблем?
Analyzing and finding solutions to problems in day-to-day life?
Відповідь / Response: _____

D1.4 Навчатися виконувати нове завдання, наприклад дізнаватися, як дістатися нового місця?
Learning a new task, for example, learning how to get to a new place?
Відповідь / Response: _____

D1.5 Загалом розуміти, що говорять інші люди?
Generally understanding what people say?
Відповідь / Response: _____

D1.6 Починати та підтримувати розмову?
Starting and maintaining a conversation?
Відповідь / Response: _____

Пересування

Getting Around

D2.1 Стояти протягом тривалого часу, наприклад 30 хвилин?
Standing for long periods, such as 30 minutes?
Відповідь / Response: _____

D2.2 Вставати з положення сидячи?
Standing up from sitting down?
Відповідь / Response: _____

D2.3 Пересуватися всередині свого помешкання?
Moving around inside your home?
Відповідь / Response: _____

D2.4 Виходити зі свого помешкання?
Getting out of your home?
Відповідь / Response: _____

D2.5 Проходити пішки велику відстань, наприклад один кілометр або еквівалентну відстань?
Walking a long distance, such as a kilometer or equivalent?
Відповідь / Response: _____

Самообслуговування

Self-Care

D3.1 Мити все тіло?
Washing your whole body?
Відповідь / Response: _____

D3.2 Одягатися?
Getting dressed?
Відповідь / Response: _____

D3.3 Приймати їжу?
Eating?
Відповідь / Response: _____

D3.4 Залишатися самому/самій протягом кількох днів?
Staying by yourself for a few days?
Відповідь / Response: _____

Взаємини з людьми

Getting Along With People

D4.1 Спілкуватися з незнайомими людьми?
Dealing with people you do not know?
Відповідь / Response: _____

D4.2 Підтримувати дружні стосунки?
Maintaining a friendship?
Відповідь / Response: _____

D4.3 Ладнати з близькими вам людьми?
Getting along with people who are close to you?
Відповідь / Response: _____

D4.4 Знаходити нових друзів?
Making new friends?
Відповідь / Response: _____

D4.5 Сексуальна активність?
Sexual activities?
Відповідь / Response: _____

Повсякденна діяльність — Домашні обов'язки

Life Activities — Household

D5.1 Виконувати свої домашні обов'язки?
Taking care of your household responsibilities?
Відповідь / Response: _____

D5.2 Добре виконувати найважливіші домашні справи?
Doing your most important household tasks well?
Відповідь / Response: _____

D5.3 Виконувати всю необхідну домашню роботу?
Getting all of the household work done that you needed to do?
Відповідь / Response: _____

D5.4 Виконувати домашню роботу настільки швидко, наскільки це необхідно?
Getting your household work done as quickly as needed?
Відповідь / Response: _____

Повсякденна діяльність — Навчання/Робота

Life Activities — School/Work

Якщо ви працюєте за оплату, без оплати або на себе чи навчаєтеся, заповніть пункти D5.5–D5.8. В іншому разі перейдіть до D6.1.

If you work (paid, unpaid, or self-employed) or go to school, complete D5.5–D5.8. Otherwise, skip to D6.1.

D5.5 Виконувати повсякденну роботу або навчальні обов'язки?
Your day-to-day work/school?
Відповідь / Response: _____

D5.6 Добре виконувати найважливіші робочі або навчальні завдання?
Doing your most important work/school tasks well?
Відповідь / Response: _____

D5.7 Виконувати весь необхідний обсяг роботи або навчальних завдань?
Getting all of the work done that you need to do?
Відповідь / Response: _____

D5.8 Виконувати роботу настільки швидко, наскільки це необхідно?
Getting your work done as quickly as needed?
Відповідь / Response: _____

Участь у житті суспільства

Participation in Society

D6.1 Наскільки важко вам було брати участь у громадських заходах, наприклад святкуваннях, релігійних чи інших заходах, нарівні з іншими людьми?
How much of a problem did you have joining in community activities, for example festivities, religious, or other activities, in the same way as anyone else can?
Відповідь / Response: _____

D6.2 Наскільки значними були труднощі через бар'єри або перешкоди у вашому оточенні?
How much of a problem did you have because of barriers or hindrances around you?
Відповідь / Response: _____

D6.3 Наскільки важко вам було жити з почуттям власної гідності через ставлення та дії інших людей?
How much of a problem did you have living with dignity because of the attitudes and actions of others?
Відповідь / Response: _____

D6.4 Скільки часу ви витрачали на свій стан здоров'я або його наслідки?
How much time did you spend on your health condition or its consequences?
Відповідь / Response: _____

D6.5 Наскільки сильно ваш стан здоров'я впливав на вас емоційно?
How much have you been emotionally affected by your health condition?

Відповідь / Response: _____

D6.6 Наскільки сильно стан вашого здоров'я виснажував фінансові ресурси ваші або вашої сім'ї?
How much has your health been a drain on the financial resources of you or your family?
Відповідь / Response: _____

D6.7 Наскільки значні труднощі виникали у вашої сім'ї через ваші проблеми зі здоров'ям?
How much of a problem did your family have because of your health problems?
Відповідь / Response: _____

D6.8 Наскільки важко вам було самостійно займатися чимось для відпочинку або задоволення?
How much of a problem did you have doing things by yourself for relaxation or pleasure?
Відповідь / Response: _____

АНКЕТА ДЛЯ ПЕРВИННОГО ПСИХІАТРИЧНОГО ПРИЙОМУ

Psychiatry Intake Form

The Psychiatry Group PLLC
5904 N Division St, Spokane, WA 99208
Телефон / Phone: 844-495-4357 або / or 509-324-0444
Факс / Fax: 509-260-4065

Дякуємо, що записалися на прийом до The Psychiatry Group. Ми працюємо з працівниками, які отримали травми, та допомагаємо з діагностикою й лікуванням психіатричних станів, щоб сприяти їх безпечному та своєчасному поверненню до роботи.

Thank you for scheduling your appointment with The Psychiatry Group. We work with injured workers and help with diagnosis and treatment of psychiatric conditions to enable them to return to work safely and promptly.

Ми розуміємо, що ваш час цінний. Хоча цей пакет документів є досить об'ємним, він допоможе вашій лікувальній команді краще зрозуміти ваш стан та відповідати на запити членів лікувальної команди, Department of Labor and Industries та інших уповноважених сторін. Заповнення пакета займає приблизно 30 хвилин.

We understand that your time is valuable. While this packet is lengthy, it will help your treatment team understand your condition better and respond to queries from treatment-team members, Department of Labor and Industries, and other authorized parties. This packet requires approximately 30 minutes to complete.

Якщо ви не розумієте якесь запитання, зверніться до свого лікаря в день прийому. Будь ласка, заповніть якомога більшу частину форми до прийому.

If you do not understand a question, please ask your doctor on the day of your appointment. Please complete as much of this form as you can before the appointment.

Цей пакет необхідно заповнити та повернути до прийому. Якщо цього не зробити, прийом може бути перенесено на найближчий доступний час.

This packet must be completed and returned before your appointment. Failure to do so may result in your appointment being rescheduled to the next available slot.

Уважно ознайомтеся з правилами, зокрема щодо конфіденційності. У певних ситуаціях ми зобов'язані передавати медичну інформацію третім сторонам. Якщо у вас є запитання, поставте їх нам до прийому.

Please pay close attention to the policies, including confidentiality. In certain situations, we are required to release medical information to third parties. If you have questions, please ask us before your appointment.

До вашої лікувальної команди входитиме лікар, який проводить первинну оцінку, а також інші психіатри, практикуючі медсестри та асистенти лікаря. У багатьох випадках подальше лікування проводитиме сертифікований асистент лікаря або практикуюча медсестра. Усе лікування надається дистанційно через захищену відеосистему, що відповідає вимогам HIPAA.

Your treatment team will include the doctor performing the initial assessment and other psychiatrists, nurse practitioners, and physician assistants. In many cases, follow-up care will be through a certified physician assistant or nurse practitioner. All treatment is provided remotely through a HIPAA-compliant secure video system.

Інформація про пацієнта

Patient Information

Ім'я / First Name: _____

Друге ім'я / Middle Name: _____

Прізвище / Last Name: _____

Адреса / Address: _____

Місто / City: _____

Штат / State: _____

Поштовий індекс / ZIP Code: _____

Основний телефон / Primary Phone: _____

Додатковий телефон / Alternative Phone: _____

Електронна пошта / Email Address: _____

Дата народження / Date of Birth: _____

Номер страхової справи, якщо застосовується / Claim Number, if applicable:

Дата виробничої травми / Date of Injury, if work-related:

Роботодавець / Employer: _____

Менеджер страхової справи / Claim Manager: _____

Юридичний представник / Legal Representative: _____

Контактна особа для екстрених випадків

Emergency Contact

Ім'я та прізвище / Name: _____

Телефон / Phone Number: _____

Ким доводиться пацієнту / Relationship: _____

Бажана мова

Language Requested

[ ] Українська / Ukrainian
[ ] Англійська / English
[ ] Російська / Russian
[ ] Іспанська / Spanish
[ ] Фарсі / Farsi
[ ] Інша / Other: _____

Потрібен перекладач / Interpreter Needed:
[ ] Так / Yes [ ] Ні / No

Страхування

Insurance Provider — Select All That Apply

[ ] Washington State Labor & Industries
[ ] Самострахування, самостійне адміністрування / *Self-Insured, Self-Administered*
[ ] Стороння страхова компанія / *Third-Party Insurer*
[ ] California Workers' Compensation
[ ] Idaho SIF
[ ] Інше / Other: _____

Згода на SMS-нагадування

Mobile SMS Appointment Reminder Consent

Надаючи номер свого мобільного телефону, я погоджуюся отримувати автоматичні SMS-нагадування про прийоми та повідомлення від The Psychiatry Group PLLC. Може стягуватися плата за повідомлення та передачу даних. Я розумію, що можу відмовитися від повідомлень у будь-який час, надіславши у відповідь слово STOP.

By providing my mobile number, I consent to receive automated SMS appointment reminders and notices from The Psychiatry Group PLLC. Message and data rates may apply. I understand I can opt out at any time by replying STOP.

[ ] **Я погоджуюся / I consent**

Підтвердження місцезнаходження — Телемедицина

Location Confirmation — Telemedicine

[ ] Я погоджуюся повідомляти клініку під час кожного прийому, якщо перебуваю за межами штату Вашингтон. Якщо я перебуваю за межами штату Вашингтон, персонал спробує знайти спеціаліста, який має ліцензію в місці мого фактичного перебування.

I agree to inform the office at each appointment if I am outside Washington State. If I am outside Washington, staff will attempt to find a provider who is licensed where I am located.

Причина звернення до лікаря / Reason for Seeing Your Doctor:

Обставини травми / Injury Details:

Алергії / Allergies:

Лікарські засоби, які ви приймаєте / Medications:

Діагнози, визнані в межах страхової справи / Accepted Diagnoses on the Claim:

Соматичні захворювання / Medical Conditions:

Психіатричні захворювання в сімейному анамнезі / Family History of Psychiatric Illness:

Освіта / Education:

Попередні місця роботи / Previous Employments:

Попередні страхові справи щодо виробничих травм, дисциплінарні стягнення та звільнення / Prior Work Injury Claims, Reprimands and Terminations:

Військова служба / Military History:

Юридичний анамнез / Legal History:

Психіатричний анамнез / Psychiatric History:

Психіатричний анамнез до цієї виробничої травми / Psychiatric History Prior to This Work Injury:

Психіатричне лікування після виробничої травми / Psychiatric Treatment After the Work Injury:

Попередні госпіталізації до психіатричного стаціонару / Previous Psychiatric Hospitalizations:

Психіатричні препарати, які приймалися раніше / Previous Psychiatric Medications:

Самоушкодження або спроби самогубства в минулому / Prior Self-Harm or Suicide Attempts:

Травматичні події, жорстоке поводження, насильство або психологічні травми до чи після травми / Traumatic Experiences, Abuse, Violence, and Trauma Before or After the Injury:

Вживання психоактивних речовин

Substance Use — Check All That Apply

[ ] Алкоголь / Alcohol
[ ] Канабіс / Cannabis
[ ] ЛСД/МДМА / LSD/MDMA
[ ] Амфетаміни/кокаїн / Amphetamines/Cocaine
[ ] Нікотинові вейпи або сигарети / Nicotine Vapes or Cigarettes
[ ] Інше / Others: _____

ЗАЯВА ПРО ФІНАНСОВУ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТА

Statement of Patient Financial Responsibility

Я розумію, що несу фінансову відповідальність за всі платежі за послуги, надані The Psychiatry Group PLLC. Як послугу для пацієнта клініка перевірить моє страхове покриття та виставить рахунок моїй страховій компанії. Однак я несу остаточну відповідальність за франшизу, доплату, співстрахування та будь-які суми, не покриті моєю страховою компанією.

I understand that I am financially responsible for all charges for services rendered by The Psychiatry Group PLLC. As a courtesy, the practice will verify my coverage and bill my insurer. However, I am ultimately responsible for any deductible, co-payment, co-insurance, and any amounts not covered by my insurer.

Я погоджуюся сплачувати будь-які суми, не покриті страховкою, і розумію, що у разі відмови страхової компанії в оплаті або продовження лікування понад затверджений обсяг страхових виплат я несу відповідальність за повну оплату. Оплата очікується під час надання послуг.

I agree to pay any balances not covered by insurance and understand that if my insurer denies coverage, or if I continue beyond approved benefits, I am responsible for full payment. Payments are expected at the time services are rendered.

Підпис пацієнта / Patient Signature: _____

Підпис гаранта, якщо це інша особа / Guarantor Signature, if different:

Дата / Date: _____

ПОЛІТИКА ЩОДО ДОПЛАТИ

Co-Pay Policy

Деякі плани медичного страхування передбачають доплату за послуги. Доплата підлягає сплаті під час кожного прийому.

Some health plans require a co-pay for services. Co-pays are due at each visit.

Підпис пацієнта/гаранта / Patient/Guarantor Signature:

Дата / Date: _____

ЗГОДА НА ЛІКУВАННЯ ТА РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ

Consent for Treatment & Release of Information

Я уповноважую The Psychiatry Group PLLC та його персонал проводити оцінювання та лікувальні процедури, які вважаються необхідними. Я також дозволяю передавати інформацію з моєї медичної документації відповідним організаціям з метою лікування, оплати або здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я в межах, дозволених законом.

I authorize The Psychiatry Group PLLC and its staff to perform assessment and treatment procedures deemed necessary. I also authorize release of information from my records to appropriate agencies for treatment, payment, or healthcare operations, as allowed by law.

Підпис пацієнта/гаранта / Patient/Guarantor Signature:

Дата / Date: _____

ПОЛІТИКА ЩОДО СКАСУВАННЯ ПРИЙОМУ / НЕЯВКИ

Cancellation / No-Show Policy

Пропущені прийоми без попередження за 24 години або надмірна кількість скасувань (**2 неявки поспіль, 3 неявки загалом або 4 скасування**) можуть призвести до припинення надання медичної допомоги в нашій клініці. Перед припиненням обслуговування буде надіслано письмове повідомлення рекомендованим листом.

Appointments missed without 24-hour notice, or excessive cancellations (2 no-shows in a row, 3 total no-shows, or 4 cancellations), may result in discharge from care. Written notification via certified mail will be provided before discharge.

Підпис пацієнта/гаранта / Patient/Guarantor Signature:

Дата / Date: _____

САМОСТІЙНА ОПЛАТА / АВТОМОБІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ (PIP)

Self-Pay / Motor Vehicle Insurance (PIP)

Самостійна оплата / Self-Pay

[ ] Я не маю медичного страхування та погоджуюся повністю оплачувати кожен прийом.

I do not have health insurance and agree to pay in full at each visit.

PIP

[ ] Я прошу подавати рахунки до моєї компанії автомобільного страхування та розумію, що несу відповідальність за залишок суми, якщо покриття PIP буде вичерпано або в оплаті буде відмовлено.

I request claims be submitted to my motor vehicle carrier and understand I am responsible for balances if PIP exhausts or denies.

Підпис пацієнта/гаранта / Patient/Guarantor Signature:

Дата / Date: _____

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА ТЕЛЕМЕДИЦИНУ

Telemedicine Informed Consent

1. Я розумію, що телемедицина передбачає електронну передачу інформації про моє здоров'я і що застосовуються федеральні вимоги HIPAA та закони штатів щодо конфіденційності, включно із законами штату, де я фактично перебуваю.

I understand that telemedicine involves electronic communication of my health information and that federal (HIPAA) and state privacy laws, including those where I am located, apply.

2. Я повинен/повинна фізично перебувати у штаті, де мій медичний працівник має відповідну ліцензію; перед кожним телемедичним прийомом я повідомлятиму клініку про своє місцезнаходження.

I must be physically present in a state where my provider is licensed; I will inform the office of my location prior to each telemedicine session.

3. Телемедицина може бути непридатною для невідкладних або кризових ситуацій; якщо я перебуватиму в кризовій ситуації, я звернуся по очну або невідкладну медичну допомогу.

Telemedicine may not be appropriate for emergencies or crisis situations; if I am in crisis, I will seek in-person or emergency care.

4. Я маю право відкликати свою згоду в будь-який час без впливу на мою подальшу медичну допомогу.

I have the right to withdraw consent at any time without affecting my future care.

5. Я можу ознайомитися з інформацією, отриманою під час телемедичних взаємодій, та отримати її копії за обґрунтовану плату.

I may inspect and receive copies of information obtained during telemedicine interactions for a reasonable fee.

Ініціали / Initials: _____

Підпис пацієнта / Patient Signature: _____

Якщо підписує представник, ким він/вона доводиться пацієнту / If Signed by Proxy, Relationship to Patient:

Дата / Date: _____

Підпис свідка / Witness Signature: _____

Дата / Date: _____

Пацієнту запропоновано копію з ініціалами / Patient Initialed Copy Offered:
[ ] Так / Yes [ ] Ні / No

ПІДТВЕРДЖЕННЯ ОТРИМАННЯ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПРАВИЛА КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

Notice of Privacy Practices Acknowledgment

Я підтверджую отримання Повідомлення про правила конфіденційності, у якому описано, як моя медична інформація може використовуватися та розкриватися, а також мої права відповідно до HIPAA.

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices, which describes how my medical information may be used and disclosed, and my rights under HIPAA.

Підпис пацієнта/гаранта / Patient/Guarantor Signature:

Дата / Date: _____

ДОЗВІЛ НА РОЗКРИТТЯ ЗАХИЩЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Authorization to Disclose Protected Health Information

Ім'я та прізвище пацієнта / Patient Name: _____

Дата народження / DOB: _____

Номер страхової справи/SSN / Claim/SSN: _____

Я уповноважую The Psychiatry Group PLLC та призначених ним осіб:

I authorize The Psychiatry Group PLLC and its designees to:

[ ] **Розкривати / Disclose**

[ ] **Отримувати мою захищену медичну інформацію від/передавати її / Receive my PHI to/from**

Ім'я/Організація / Name/Organization: _____

Факс / Fax: _____

Адреса / Address: _____

Мета

Purpose

[ ] Продовження лікування / *Continuation of Care*
[ ] Оплата / *Payment*
[ ] Страхова перевірка / *Insurance Review*
[ ] Інше / *Other: _____*

Інформація, дозволена до розкриття

Information to Be Disclosed — Check All That Apply

[ ] Психотерапевтичні/психіатричні послуги — відвідування, діагноз, короткий опис лікування
Counseling/Psychiatric Services — attendance, diagnosis, treatment summary

[ ] Плани лікування та медичні записи
Treatment Plans & Notes

[ ] Результати лабораторних і рентгенологічних досліджень
Lab/X-ray Reports

[ ] Дані про вакцинацію
Immunization Records

[ ] Інше / Other: _____

Я розумію, що моя медична документація може містити конфіденційну інформацію про психічне здоров'я, вживання психоактивних речовин та ВІЛ/СНІД. Мої ініціали підтверджують, що я дозволяю розкриття зазначених нижче відомостей.

I understand my records may include sensitive information regarding mental health, substance use, and HIV/AIDS. My initials indicate that I permit disclosure of the following:

[ ] **Зловживання алкоголем/наркотичними речовинами / Alcohol/Drug Abuse**
Ініціали / Initials: _____

[ ] **Психічне здоров'я / Mental Health**
Ініціали / Initials: _____

[ ] **ВІЛ/СНІД / HIV/AIDS**
Ініціали / Initials: _____

[ ] **Сексуальне насильство / Sexual Assault**
Ініціали / Initials: _____

Цей дозвіл дійсний протягом _____ днів або одного року від дати підписання.

This authorization is valid for _____ days or one year from the date signed.

Я можу відкликати цей дозвіл у письмовій формі, за винятком випадків, коли інформацію вже було розкрито на підставі цього дозволу.

I may revoke this authorization in writing except to the extent information has already been released.

Підпис пацієнта/уповноваженої особи / Patient/Authorized Signature:

Підпис свідка / Witness Signature:

Дата / Date: _____

Контактна інформація клініки та відповідального за конфіденційність
Provider Contact & Privacy Officer

The Psychiatry Group PLLC
5904 N Division St
Spokane, WA 99208
info@psychiatrygroup.com