



ใบสมัครโปรแกรม Medical Baseline — ส่วน B (กรอกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม*)

การรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับการลงทะเบียนและการรับรองของโปรแกรม Medical Baseline

ขั้นตอนที่ 5 กรอกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

ข้าพเจ้าขอรับรองภาวะทางการแพทย์และความจำเป็นของผู้ป่วยของข้าพเจ้า: (ตัวจริง)

นามสกุลของผู้ป่วย _____ ชื่อของผู้ป่วย _____

1ก. ผู้ป่วยอยู่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (เลือกหนึ่งช่อง) ใช่ ไม่ใช่

1ข. จำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ระดับประคองชีวิต[†] (เลือกหนึ่งช่อง) ใช่ ไม่ใช่

ผู้ป่วยที่มีชื่อตามที่อยู่ข้างต้นได้ใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ระดับประคองชีวิตต่อไปนี้:

เครื่องมือแพทย์: _____ ไฟฟ้า แก๊ส

เครื่องมือแพทย์: _____ ไฟฟ้า แก๊ส

เครื่องมือแพทย์: _____ ไฟฟ้า แก๊ส

[†] เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ระดับประคองชีวิตที่เป็นไปตามเกณฑ์คือเครื่องมือแพทย์ใด ๆ ที่ใช้เพื่อช่วยชีวิตหรือพึ่งพาในการเคลื่อนไหว เครื่องมือนี้จะต้องใช้แก๊สหรือไฟฟ้าที่ให้บริการโดย PG&E ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงเครื่องช่วยหายใจ (เครื่องผลิตออกซิเจน), ปลอดเหล็ก, เครื่องไตเทียม, เครื่องดูดเสมหะ, เครื่องกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า, แผ่นแรงดันและบีบ, กล้องมือกั้นเชื้อฟุ้งกระจาย, เครื่องฟองละลายยาแบบไฟฟ้าสถิตและระบบอัลตราโซนิค, คอมเพรสเซอร์, เครื่อง IPPB, เครื่องฟอกไตและรถเข็นผู้ป่วยไฟฟ้า เครื่องมือแพทย์สำหรับการรักษาที่ไม่ใช่สำหรับการใช้เพื่อประคองชีวิตจะไม่มีสิทธิ์

2. จำเป็นต้องใช้ระบบทำความร้อนและ/หรือทำความเย็น

Medical Baseline มีเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายมาตรฐานสำหรับระบบทำความร้อนและ/หรือทำความเย็น หากผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งล่าง อัมพาตที่แขนและขา อัมพาตครึ่งซีก เป็นโรคปอดอักเสบเรื้อรังหรือโรคหนึ่งซึ่ง นอกจากนั้น Medical Baseline ยังมีเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายมาตรฐานหากผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องอาการป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือภาวะอื่นใดที่จำเป็นต้องใช้ระบบทำความร้อนหรือทำความเย็นทางการแพทย์เพิ่มเติมเพื่อประคองชีวิตของผู้ป่วยหรือป้องกันไม่ให้อาการทางการแพทย์ของผู้ป่วยแย่ลง

จำเป็นต้องใช้ระบบทำความร้อนเพิ่มเติมทางการแพทย์: (เลือกหนึ่งช่อง) ใช่ ไม่ใช่

จำเป็นต้องใช้ระบบทำความเย็นเพิ่มเติมทางการแพทย์: (เลือกหนึ่งช่อง) ใช่ ไม่ใช่

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจำเป็นต้องใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ระดับประคองชีวิตและ/หรือระบบทำความร้อนหรือทำความเย็นเป็นเวลาประมาณ: (เลือกหนึ่งช่อง)

จำนวนปี: หรือ _____ ถาวร

ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ที่อยู่สำนักงาน _____

เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขใบประกอบวิชาชีพแพทย์ของรัฐหรือใบอนุญาตทหาร _____

เซ็นชื่อ

วันที่

*แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย Osteopathic Initiative Act พยายามเวชปฏิบัติหรือผู้ช่วยแพทย์อาจรับรองว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติเหมาะสมเนื่องจากมีภาวะหรืออาการป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

ส่งใบสมัครไปที่:
PG&E Billing Center Medical Baseline
 P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208
 หรือ
 สมัครทางออนไลน์ได้ที่: pge.com/medicalbaseline