

Designated Physician Form WorldCare Medical Second Opinion service

Dear Physician,

Your patient below has requested that we contact you as his/her designated physician, to help obtain a specialist consult from a center of excellence. Through the patient's benefit package, s/he (and you as his/her physician) can access specialist consultations from top medical centers in the WorldCare Consortium®. Because of your relationship with the patient, s/he has selected you to partner with him/her to obtain the consult and help him/her make decisions on future care.

For more than 25 years, WorldCare International, Inc. has helped patients and physicians access information from top academic and research institutions in North America, through highly-personalized medical second opinions (MSOs). We ask that you partner with us to help your patient access this service, by allowing us to work with your staff to collect the patient's written medical records and diagnostic material. WorldCare will use this information to obtain MSOs and provide educational material to your patient around his/her condition.

We believe your participation is crucial because we recognize that a remote consultation cannot substitute for the specific knowledge and long-term relationship you have with your patient. The consultations we provide are written physician-to-physician and your patient has asked that you be the physician to receive the MSO on his/her behalf and to discuss its interpretation if necessary. There is no obligation for you to follow the recommendations provided in the MSO. It is simply intended as an informational resource for you and your patient to help answer any outstanding questions and help you make decisions together.

If you have any questions or concerns once you receive the MSO, we would be happy to arrange for you to speak with a consulting physician or Medical Director to address those question or concerns. Please sign below and include any questions, which you would like the consulting specialist(s) to address. WorldCare will work with your staff to gather the necessary medical records. Thank you for your assistance.

Formularz wyznaczonego lekarza Usługa drugiej opinii medycznej WorldCare

Szanowna Pani Doktor / Szanowny Panie Doktorze,

Pani/Pana pacjent wskazany poniżej zwrócił się do nas, abyśmy skontaktowali się z Panią/Panem jako wyznaczonym lekarzem, z prośbą o pomoc w uzyskaniu konsultacji specjalistycznej w jednym z wiodących ośrodków medycznych. Dzięki pakietowi korzyści, Pani/Pana pacjent i Pani/Pan (jako wyznaczony lekarz) możecie skorzystać z konsultacji specjalistycznych udzielanych przez najwyższej klasy ośrodki medyczne należące do konsorcjum WorldCare Consortium®. Ze względu na Pani/Pana związek z pacjentem, podjął on decyzję o wyborze Pani/Pana do roli partnera w uzyskiwaniu konsultacji oraz pomocy w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszej opieki medycznej.

Od ponad 25 lat firma WorldCare International, Inc. pomaga pacjentom i lekarzom w dostępie do informacji pochodzących od wiodących instytucji akademickich i naukowych w Ameryce Północnej, za pośrednictwem usługi wysoce spersonalizowanej drugiej opinii medycznej (DOM). Zwracamy się do Pani/Pana z prośbą o to, aby jako nasz partner zechciał(a) Pani/Pan pomóc pacjentowi w uzyskaniu dostępu do tej usługi, umożliwiając nam współpracę z personelem Pani/Pana placówki w zakresie zbierania pisemnej dokumentacji medycznej oraz materiałów diagnostycznych dotyczących pacjenta. Firma WorldCare wykorzysta udostępnione informacje celem przygotowania DOM i przekazania materiałów edukacyjnych dotyczących stanu zdrowia Pani/Pana pacjenta.

Uważamy, że Pani/Pana współudział w tym przedsięwzięciu ma zasadnicze znaczenie, ponieważ zdajemy sobie sprawę z tego, że konsultacja na odległość nie może zastąpić swojej wiedzy i długookresowej współpracy, takiej jaką nawiązał(a) Pani/Pan z pacjentem. Zapewniane przez nas konsultacje to pisemny materiał pochodzący od lekarza i przeznaczony dla lekarza, a pacjent zwrócił się z prośbą, aby to Pani/Pan był(a) osobą, która otrzyma DOM w imieniu pacjenta i omówi z nim zawarte w opinii informacje. Nie będzie Pani/Pan związana(y) obowiązkiem postępowania zgodnie z zaleceniami zawartymi w DOM. Informacje zawarte w DOM mają stanowić źródło informacji dla Pani/Pana i dla pacjenta. Informacje te mogą pomóc w odpowiedzi na nurtujące pacjenta pytania i we wspólnym podejmowaniu decyzji o dalszym leczeniu.

Jeśli po otrzymaniu DOM będzie Pani/Pan miał(a) pytania lub wątpliwości związane z jej zawartością, z przyjemnością zorganizujemy możliwość bezpośredniej rozmowy z lekarzem konsultantem lub Dyrektorem medycznym, który odniesie się do nich. Prosimy o złożenie podpisu poniżej i wpisanie wszelkich pytań, z jakimi chciałaby (chciałby) się Pani/Pan zwrócić do lekarza konsultanta. Firma WorldCare będzie współpracowała z personelem Pani/Pana ośrodka w zakresie gromadzenia koniecznej dokumentacji medycznej. Dziękujemy za współpracę.

Designated physician information

Date (month/day/year): _____

How would you like the report delivered?

Secure email

Courier to below address

Last name: _____

First name: _____

Middle initial: _____

Office address: _____

City: _____

State/Province: _____

Postal code: _____

Country: _____

Office phone #: _____

Email address: _____

Office fax #: _____

Patient information

Last name: _____

First name: _____

Middle initial: _____

Date of birth (month/day/year): _____

Patient gender: Male Female

Physician acceptance

I certify that I am a physician in good standing licensed to practice medicine in _____ (Country). Although a copy of the specialist consult will also be made available to the patient, I understand that it is intended to be a physician-to-physician report and I understand that the patient has asked that I receive and review on his/her behalf. I understand that upon receipt of all required case information, WorldCare will send the above named patient's medical and related information and documentation, including the patient's health history, x-rays, films, slides and other diagnostic data (collectively, the patients "Personal Health Information") to one or more medical institutions for a MSO. Once complete, the MSO consult will be faxed or mailed to me. A copy of the MSO will also be made available to the patient. I agree to review the report and make recommendations to the patient in a timely manner based on my professional judgment. If I have questions about the report, I may contact WorldCare at **+48.607.462.612**. I understand that the WorldCare Medical Second Opinion service is not designed for emergent situations and should not be relied upon for those cases. If a significant abnormal result that requires prompt treatment is discovered, WorldCare will attempt to contact me directly.

Informacje dotyczące wyznaczonego lekarza

Data (miesiąc/dzień/rok): _____

Preferowana forma otrzymania raportu.

Bezpieczna poczta elektroniczna

Przesyłka kurierska pod adres podany poniżej

Nazwisko: _____

Imię: _____

Inicjał drugiego imienia: _____

Adres służbowy: _____

Miasto: _____

Województwo: _____

Kod pocztowy: _____

Kraj: _____

Telefon służbowy: _____

Adres e-mail: _____

Faks służbowy: _____

Informacje o pacjencie

Nazwisko: _____

Imię: _____

Inicjał drugiego imienia: _____

Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok): _____

Płeć pacjenta: Mężczyzna Kobieta

Zgoda lekarza

Zaświadczam, że jestem lekarzem uprawnionym do wykonywania zawodu lekarza w _____ (kraj). Choć egzemplarz specjalistycznej konsultacji zostanie także udostępniony pacjentowi, przyjmuję do wiadomości, że jest to dokument sporządzony przez lekarza i przeznaczony dla lekarza oraz przyjmuję do wiadomości, że pacjent poprosił o to, abym otrzymał(a) go w jego imieniu. Przyjmuję do wiadomości, że po otrzymaniu wszystkich wymaganych informacji dotyczących przypadku, firma WorldCare prześle informacje dotyczące stanu zdrowia wyżej wymienionego pacjenta, włącznie z jego dokumentacją medyczną, wynikami prześwietleń, badaniami obrazowymi, , slajdami i innymi danymi diagnostycznymi (określanymi łącznie terminem "osobistych informacji medycznych") do jednej lub więcej instytucji medycznych w celu uzyskania DOM. Po zakończeniu konsultacji, raport DOM zostanie przesłany mi faksem lub pocztą elektroniczną. Kopia DOM zostanie także udostępniona pacjentowi. Zgadzam się zapoznać z raportem i sformułować w krótkim czasie zalecenia dla pacjenta, opierając się na własnej fachowej ocenie. W przypadku pytań dotyczących raportu mogę skontaktować się z firmą WorldCare dzwoniąc pod numer **+48.607.462.612**. Rozumiem, że usługa drugiej opinii medycznej świadczona przez firmę WorldCare nie jest przeznaczona do sytuacji nagłych i nie należy w takich przypadkach się na niej opierać. W przypadku uzyskania nieprawidłowych wyników wymagających rozpoczęcia szybkiego leczenia, firma

WorldCare podejmie próbę bezpośredniego skontaktowania się ze mną.

Signature: _____

Date: _____

Podpis: _____

Data: _____

As a part of WorldCare's service, we provide you the opportunity to pose any specific questions you may have for the consulting physician(s) regarding the above named patient's condition. Please fill in any questions to be addressed by the consulting physician(s)

(Attach separate sheet of paper if more space is needed)

**Send completed form by secure email to
awojnowski@worldcare.com**

W ramach usług świadczonych przez firmę WorldCare dajemy Pani/Panu możliwość zadania lekarzom konsultantom wszelkich pytań odnoszących się do stanu zdrowia pacjenta wymienionego powyżej. Prosimy o wpisanie wszelkich pytań, jakie chce Pani/Pan skierować do lekarzy konsultantów

(Proszę dołączyć osobną kartkę papieru, jeśli przeznaczone miejsce na pytania jest zbyt małe)

**Wypełniony formularz należy przesłać bezpieczną
poczta elektroniczną pod adres
awojnowski@worldcare.com**



7 Bulfinch Place, Suite 301, PO Box 8310
Boston, MA 02114

P 617.250.5100
F 617.250.5108
www.worldcare.com