

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

ПРИМЕЧАНИЕ: Заполните одну форму на каждого пациента

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА:

Имя и фамилия

Дата рождения

Адрес

Адрес электронной почты

Номер телефона

ПЕРЕДАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ ИЗ:

ПЕРЕДАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ В:

Имя и фамилия/название

Имя и фамилия/название

Номер телефона

Номер телефона

Адрес

Адрес

Адрес электронной почты / факс

Адрес электронной почты / факс

ДАТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ: (ОБЯЗАТЕЛЬНО) ____ / ____ / ____ по ____ / ____ / ____

МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ПЕРЕДАЧЕ: (ОБЯЗАТЕЛЬНО - отметьте пункты ниже)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Приемы в кабинете врача — т.е. отметки о ходе лечения, список лекарственных препаратов, история болезни | ☐ Эхо-т.е. кардиология | |
| ☐ Лабораторные отчеты - т.е. анализы крови, посевы | ☐ Записи о вакцинации | ☐ Направление-специалисты |
| ☐ Рентгенологические заключения - т.е. рентгеновские снимки | ☐ Графики роста | ☐ Подробные счета |
| ☐ Другое (укажите): _____ | | |

(ОБЯЗАТЕЛЬНО) ☐ Я разрешаю ☐ НЕ разрешаю разглашение информации, связанной с инфекцией СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) или ВИЧ (вирус иммунодефицита человека), психиатрическим обслуживанием и/или психологическим освидетельствованием и лечением алкогольной и/или наркотической зависимости (ИНИЦИАЛЫ): _____

ЦЕЛЬ РАЗГЛАШЕНИЯ: (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

☐ Личная копия	☐ Установление инвалидности	☐ Цели страхования	☐ Правовой вопрос
☐ Смена места получения медицинского обслуживания (укажите причину):	☐ Переезд	☐ Изменение плана страхования	☐ Перевод к поставщику первичного обслуживания для взрослых
☐ Другое (пожалуйста, объясните): _____			

ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ИЛИ ПАЦИЕНТА (ЕСЛИ ПАЦИЕНТУ 18 И БОЛЕЕ ЛЕТ):

Я подтверждаю, что являюсь законным представителем или уполномоченным лицом вышеуказанного пациента. Подписываясь ниже, я разрешаю разглашение и передачу защищенной медицинской информации пациента. Это разрешение действительно в течение 12 месяцев с даты подписания. Я понимаю, что могу отменить этот запрос, направив письменное уведомление, и это не повлияет на информацию, разглашенную до уведомления об отмене. Я понимаю, что использованная или разглашенная информация может быть повторно раскрыта лицом или учреждением, получившим ее, и тогда она уже не будет защищена федеральными нормами. Я понимаю, что могу получить компенсацию, если эта информация будет использована в маркетинге и продажах. Я понимаю, что поставщик медицинских услуг, которому разрешено предоставлять эту информацию, не может обуславливать мое лечение тем, подпишу ли я это разрешение.

Подпись законного представителя/пациента в возрасте 18 лет и старше

Дата

Имя и фамилия законного представителя/пациента в возрасте 18 лет и старше (печатными буквами)

Степень родства к пациенту