ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ

Այս լիազորությունը ստորև նշված առողջապահական խնամքի մատակարար(ներ)ին թույլ է տալիս գաղտնի բժշկական տվյալներ և արձանագրություններ հրապարակել: Ծանոթագրություն. *Անչափահասների բուժման, ՄԻԱՎ-ի, հոգեբուժական/հոգեկան առողջության խնդիրների կամ ալկոհոլի/թմրանյութերի չարաշահման բուժմանը վերաբերող տեղեկատվությունը և արձանագրությունները հատուկ կանոններ ունեն, որոնք առանձնահատուկ լիազորություն են պահանջում:*

ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ես սույնով լիազորում եմ՝

Բժշկին/առողջապահական խնամքի հաստատությանը

Տեղեկատվություն հրապարակել

(Հիվանդի անունը)

(Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը) իմ անամնեզի, հիվանդության կամ վնասվածքի, խորհրդակցության, դեղատոմսերի, բուժման, ախտորոշման կամ կանխատեսման, ներառյալ ռենտգենային ճառագայթմամբ ստուգումների, հաղորդակցության և/կամ բժշկական արձանագրությունների վերաբերյալ, որոնք ներառում են առողջապահական խնամքի որևէ այլ տեսակի մատակարար, որոնք առողջապահական խնամքի վերոհիշյալ մատակարարները կարող են ունենալ՝ փոստի, ֆաքսի կամ էլեկտրոնային հաղորդակցման այլ միջոցներով:

Ուղղված՝

Անուն

Հասցե

Քաղաք Նահանգ Փոստային դասիչ (Zip Code)

Առողջապահական տվյալները/արձանագրությունները կօգտագործվեն հետևյալ նպատակներով՝

Սույն լիզորությունը՝

[ ] Անսահմանափակ է (բոլոր արձանագրությունները, բացառելով թմրանյութերի չարաշահումը, հոգեկան առողջության, ՄԻԱՎ-ի ախտորոշումը/բուժումը)

[ ] սահմանափակված է հետևյալ առողջապահական տվյալներով՝

Ես նաև համաձայնում եմ հետևյալ արձանագրությունների առանձնահատուկ հրապարակմանը՝

Թմրանյութերի/ալկոհոլի/թմրադեղերի չարաշահում

Հոգեբուժական/հոգեկան առողջության ստուգումներ՝ ՄԻԱՎ-ի, ՄԻԱՎ-ի ախտորոշման/բուժման հակամարմինների համար

Գենետիկական տվյալներ

(նախնական)

(նախնական)

(նախնական)

(նախնական)

(նախնական)

ՏԵՎՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Այս լիզորությունն անմիջապես ուժի մեջ կմտնի և ուժի մեջ կմնա մինչև

ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐ

Ամսաթիվ

Այս բժշկական տվյալների հետագա օգտագործման կամ բացահայտման թույլտվություններ չեն տրվի, մինչև որ մեկ այլ լիազորություն ձեռք չբերվի ինձնից կամ մինչև նման բացահայտումն առանձնահատուկ կերպով չհայցվի կամ օրենքով չթույլատրվի:

Այս լիազորության պատճենը կամ ֆաքսը բնօրինակի պես ուժի մեջ և վավեր կլինի:

Ես իրավունք ունեմ ստանալ այս լիազորության պատճենը:

Հիվանդի կամ  *իրավական /անձնական ստորագրությունը* Հարաբերությունը, *եթե տարբեր է հիվանդի ներկայացուցիչը լինելուց*

\_

Տպատառերով գրել անունը (ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ) Ամսաթիվ

Հիվանդի սոցիալական ապահովության համարը Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը

Վկայի անունը Վկայի ստորագրությունը