

**РАДА З ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ДЕПАРТАМЕНТУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШТАТУ ВЕРМОНТ**

108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070

Тел.: 802-6574220 / Факс: 802-657-4227

Безкоштовні дзвінки в межах штату Вермонт: 800-745-7371

Ел. пошта: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**ДОЗВІЛ НА РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ
ВЛАСНИКОМ ДОВІРНОСТІ**

ДЛЯ ПРЕД'ЯВЛЕННЯ ЗА МІСЦЕМ ВИМОГИ:

ЦИМ ДОКУМЕНТОМ Я УПОВНОВАЖУЮ ВАС надати Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики (Vermont Department of Health, Board of Medical Practice) та/або їх призначеному представнику, а також Офісу Генерального прокурора всю медичну документацію та всю інформацію без будь-яких обмежень, якою ви володієте або яку ви контролюєте, стосовно _____ (дата народження: _____) в усній чи письмовій формі (у т. ч. документи, надані вам іншими медичними працівниками чи установами охорони здоров'я), що стосуються будь-якого фізичного, психіатричного, психічного чи емоційного стану, травми чи захворювання, з приводу якого ви могли надавати послуги. Цим я засвідчую, що маю довіреність, яка уповноважує мене виступати у ролі довіреного представника _____, і що зазначена довіреність не була відкликана чи обмежена. Копія довіреності додається.

Виключно в рамках цього конкретного дозволу на розкриття інформації, наданого Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт (Раді з питань медичної практики) та Офісу Генерального прокурора, і ні з якою іншою метою, від імені __, цим документом я прямо **ВІДМОВЛЯЮСЯ** від конфіденційності та/або будь-яких привілеїв чи імунітетів, пов'язаних із зазначеною інформацією, відповідно до закону штату або федерального законодавства, включно з матеріалами, передбаченими Кодексом федерального законодавства 42 CFR, частина 2, і я звільняю вас від відповідальності за розголошення такої інформації Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики, на підставі мого запиту, з метою оцінки певних аспектів медичної допомоги, наданої _____.

ЦЕЙ ДОЗВІЛ підлягає скасуванню в будь-який час, за винятком тих випадків, коли ви вже вчинили дії на його підставі. Чинність цього дозволу припиняється (якщо він не був скасований раніше) після остаточних дій, включно з вирішенням у судовому порядку, щодо будь-яких заходів, вжитих Радою медичної практики, які стосуються зазначеної інформації, або, якщо такі дії не вчинено, припиняється через 365 днів після сьогоднішньої дати.

ВИ ТАКОЖ УПОВНОВАЖЕНІ на постійній основі надавати інформацію в усній чи письмовій формі безпосередньо Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики, або їх призначеному представнику та Офісу Генерального прокурора до закінчення терміну дії цього дозволу або його відкликання.

**ЗАВІРЕНА ФОТОСТАТИЧНА КОПІЯ ЦЬОГО ДОЗВОЛУ ПРИРІВНЮЄТЬСЯ ДО
ОРИГІНАЛУ.**

Дата _____ Прізвище / Ім'я _____

Друкованими літерами

Підпис

Адреса

Місто, штат, поштовий індекс