

佛蒙特州衛生部醫療執業委員會
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
電話：802-657-4220 / 傳真：802-657-4227
佛蒙特州免費電話 800-745-7371
電子郵件：AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

授權由患者在世時有權參與醫療保健決策的人員
披露已故患者的醫療記錄

致有關人士：

我特此證明，我是已故患者_____的家庭成員、其他親戚或關係親密的朋友，我獲授權參與患者的醫療保健和/或與之相關的支付事宜，如 45 C.F.R. §164.510(b) 所規定及如_____（例如：授權委託書、預先指示、監護關係證明）所證明，並隨附一份副本。我進一步證明，我相信我已獲授權提供此授權。

我特此授權您向佛蒙特州衛生部、醫療執業委員會和/或其指定的代表、以及司法部長辦公室毫無保留地提供您所擁有或控制、且與_____（出生日期_____，死亡日期_____）有關的所有醫療記錄和所有資訊，無論是口頭或是書面資訊（包括其他醫療保健執業人員或醫療機構向您提供的記錄），包括您可能被問或您可能已為之提供服務的任何身體、精神、心理或情緒狀況或受傷或疾病的相關資訊。

就本授權書而言，僅出於向佛蒙特州衛生部門、醫療執業委員會和司法部長辦公室披露資訊之目的，且排除任何其他之目的，我僅代表_____，明確放棄聯邦法律賦予此資訊的保密性和/或任何特權或豁免，包括 42 CFR 第 2 部分所涵蓋的材料；並且，我保護您不會因為根據我的要求向佛蒙特州衛生部、醫療執業委員會披露該等資訊來評估向_____提供的醫療保健服務的某些方面而受到任何傷害。

本授權可隨時撤銷，但您已經根據本授權採取行動的情況除外。如果未被提前撤銷，則本授權將在醫療執業委員會針對與此資訊相關的任何行動採取最終行動（包括司法決定）時終止；或者，如果未採取此類行動，則將在本授權書生效之日起 365 天內終止。

此外，您還獲授權以口頭或書面形式直接向佛蒙特州衛生部、醫療執業委員會或其指定的代表、以及司法部長辦公室報告資訊，直至本授權到期或被撤銷。

本授權書經確認的複印本應具備同等法律效力。

日期_____

姓名_____

正楷簽名

簽名

地址

城市、州、郵遞區號