

РАДА З ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШТАТУ ВЕРМОНТ
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Тел.: 802-657-4220 / Fax: 802-657-4227
Для безкоштовних дзвінків у межах штату Вермонт 800-745-7371
Ел. пошта: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

ДОЗВІЛ НА РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНИХ ЗАПИСІВ ПОМЕРЛОГО ПАЦІЄНТА ОСОБОЮ, ЩО МАЛА
ПОВНОВАЖЕННЯ НА УЧАСТЬ У ДІЯЛЬНОСТІ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЦЬОГО ПАЦІЄНТА
РІШЕННЯ, ЩО БУЛИ ПРИЙНЯТІ, КОЛИ ПАЦІЄНТ БУВ ЖИВИЙ

ДО УВАГИ ЗАЦІКАВЛЕНИХ ОСІБ:

ДІЙСИМ ЗАСВІДЧУЮ, що я є членом родини, іншим родичем або близьким особистим другом _____ померлої особи і що я мав(-ла) право брати участь у діяльності з охорони його/її здоров'я та/або в оплаті, пов'язаній із діяльністю з охорони його/її здоров'я, відповідно до положень 45 C.F.R. § 164.510(b). На підтвердження цього додаю копію документа _____ (наприклад, довіреність, попереднє розпорядження, підтвердження опіки). Крім того, я підтверджую, що, на мою думку, в мене достатньо повноважень для надання цього дозволу.

ДІЙСИМ Я ДОЗВОЛЯЮ вам надати Раді з питань медичної практики Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт (Vermont Department of Health, Board of Medical Practice) та/або її призначеному представнику та Офісу Генерального прокурора (Office of the Attorney General), всі медичні записи та всю інформацію без застережень, що перебувають у вашому розпорядженні або під вашим контролем, відносно _____ (дата народження _____, дата смерті _____), в усній чи письмовій формі (включно із записами, наданими вам іншими медичними спеціалістами або закладами охорони здоров'я), що стосуються фізичного, психіатричного, психічного або емоційного стану, травми чи хвороби, з приводу яких померла особа могла звертатися до вас за консультацією або щодо яких ви могли надавати свої послуги.

Лише по відношенню до цього дозволу на розкриття інформації Раді з питань медичної практики Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт та Офісу Генерального прокурора, і ні з якою іншою метою, від імені _____, я дійсним чітко **ВІДМОВЛЯЮСЯ ВІД ПРАВА** на збереження конфіденційності та/або будь-яких переваг і свобод, що надаються щодо цієї інформації федеральним законодавством або законодавством штату, включно з матеріалами, охопленими 42 CFR, частина 2, і я позбавляю вас відповідальності за розголошення цієї інформації Раді з питань медичної практики Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, відповідно до мого запиту, для оцінки певних аспектів медичної допомоги, що була надана ____.

ЦЕЙ ДОЗВІЛ може бути відкликаний у будь-який час, за винятком тих випадків, коли ви вже вчинили будь-які дії, ґрунтуючись на ньому. Якщо цей дозвіл не буде відкликано раніше, термін його дії припиняється після ухвалення остаточного рішення, включаючи судове рішення, щодо будь-яких дій, вжитих Радою з питань медичної практики, які стосуються цієї інформації, або, якщо таких заходів не буде вжито, термін його дії припиняється через 365 днів після дати цього документу.

ВАМ ТАКОЖ НАДАЮТЬСЯ ПОВНОВАЖЕННЯ повідомляти інформацію в усній або письмовій формі безпосередньо Раді з питань медичної практики Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт або її призначеному представнику, а також Офісу Генерального прокурора на постійній основі, доки термін дії цього дозволу не сплине або доки його не буде відкликано.

ЗАВІРЕНА КСЕРОКОПІЯ ЦЬОГО ЦЬОГО ДОЗВОЛУ МАТИМЕ СИЛУ ОРИГІНАЛУ.

Дата _____ Ім'я та прізвище _____
друкованими літерами

Підпис

Адреса

Місто, штат, поштовий індекс