

ДОЗВІЛ НА РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

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 мою інформацію без будь-яких обмежень, якою ви володієте або яку контролюєте, в усній чи письмовій формі (у т. ч. документи, надані вам іншими медичними працівниками чи установами охорони здоров'я), що стосується будь-якого фізичного, психіатричного, психічного чи емоційного стану, травми чи захворювання, з приводу якого ви могли надавати послуги.

Виключно в рамках цього конкретного дозволу на розкриття інформації, наданого Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт (Рада з питань медичної практики) та Офісу Генерального прокурора, і ні з якою іншою метою, справжнім 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 наданої мені медичної допомоги.

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 з питань медичної практики, які стосуються зазначеної інформації, або, якщо такі дії не вчинено, припиняється через 365 днів після сьогоднішньої дати.

ВИ ТАКОЖ УПОВНОВАЖЕНІ 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.

ПІБ (друкованими літерами)

Дата народження

Адреса

Адреса

Місто/штат/індекс

Підпис

Дата