

OVLAŠTENJE ZA IZDAVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

ZAINTERESIRANIM STRANAMA:

OVIM PUTEM VAM DAJEM OVLAŠTENJE da Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja savezne države Vermont i/ili njegovom imenovanom predstavniku, i Uredu državnog tužioca, dostavite svu medicinsku dokumentaciju i sve informacije, bez rezerve, koje se nalaze u vašem posjedu ili pod vašom kontrolom, a koje se odnose na mene, bilo usmeno ili pismeno (uključujući evidencije koje su vam dostavili drugi ljekari ili zdravstvene institucije), u vezi s bilo kojim fizičkim, psihijatrijskim, mentalnim ili emocionalnim stanjem ili povredom ili bolešću zbog kojih ste možda pružili usluge.

Isključivo u vezi s ovim određenim ovlaštenjem za otkrivanje koje dajem Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja savezne države Vermont, i Uredu državnog tužioca, te ni za jednu drugu namjenu, ovim putem se izričito **ODRIČEM** povjerljivosti i/ili bilo kakvih privilegija ili imuniteta u vezi s ovim informacijama u skladu s državnim ili saveznim zakonom, uključujući materijale obuhvaćene sa 42 CFR, dio 2, i smatram da vaše otkrivanje podataka Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja savezne države Vermont, u skladu s mojim zahtjevom, a za potrebe procjene određenih aspekata moje zdravstvene njege, nije štetno.

OVO OVLAŠTENJE se može opozvati bilo kada osim ako ste već preduzeli radnje u skladu s njim. Ako se prethodno ne opozove, ovo ovlaštenje će isteći nakon konačne radnje, uključujući sudsku odluku o bilo kojoj radnji koju je preduzeo Odbor za ljekarsku praksu u vezi s ovim informacijama, ili, ako se takva radnja ne preduzme, prestat će da važi 365 dana od datuma ovog dokumenta.

TAKOĐER VAM DAJEM OVLAŠTENJE da informacije pružate kontinuirano, bilo usmenim ili pismenim putem, direktno Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja savezne države Vermont ili njegovom ovlaštenom predstavniku, i Uredu državnog tužioca, sve dok ovo ovlaštenje ne istekne ili ne bude opozvano.

USKLAĐENA FOTOSTATIČKA KOPIJA OVOG OVLAŠTENJA SLUŽI KAO VJERODOSTOJNA ZAMJENA ORIGINALA.

IME I PREZIME (štampanim slovima)

Datum rođenja

Adresa

Adresa

Grad/Država/Pošanski broj

Potpis

Datum