

**ODBOR ZA LJEKARSKU PRAKSU
MINISTARSTVA ZDRAVLJA VERMONTA**

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

Telefon: 802-6574220 / Faks: 802-657-4227

Poziv na besplatan broj iz savezne države Vermont: 800-745-7371

Adresa e-pošte: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**OVLAŠTENJE ZA IZDAVANJE MEDICINSKE
DOKUMENTACIJE OD STRANE LIČNOG ZASTUPNIKA
(PACIJENT JE PREMINUO)**

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 koje su pod vašom kontrolom, a koje se odnose na _____ (datum rođenja _____, datum smrti _____), bilo usmenim ili pismenim putem (uključujući evidencije koje su vam dostavili drugi liječnici ili zdravstvene institucije), u vezi s bilo kojim fizičkim, psihijatrijskim, mentalnim ili emocionalnim stanjem ili povredom ili bolešću zbog kojih ste možda bili konsultirani ili zbog kojih ste možda pružili usluge. Ovim potvrđujem da sam lični zastupnik za _____, i da u skladu s tim imam ovlaštenje za ovu radnju.

Isključivo u vezi s ovim ovlaštenjem za otkrivanje koje dajem Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja savezne države Vermont i Uredu državnog tužioca, te ni za jednu drugu namjenu, u ime _____, 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 ovih podataka Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja savezne države Vermont, u skladu s mojim zahtjevom, a za potrebe procjene određenih aspekata zdravstvene njege koja je pružena _____, 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.**

Datum _____

Ime i prezime _____

Štampanim slovima

Potpis

Adresa

Grad, država, poštanski broj