

**VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH
BOARD OF MEDICAL PRACTICE**

108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Telefon: 802-6574220 / Faks: 802-657-4227
Besplatan poziv u saveznoj državi Vermont: 800-745-7371
Adresa e-pošte: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**OVLAŠTENJE ZA IZDAVANJE ZDRAVSTVENE EVIDENCIJE
OD STRANE NOSITELJA PUNOMOĆI**

POŠTOVANI/A:

OVIM DAJEM OVLAŠTENJE VAMA da dostavite Ministarstvu zdravlja savezne države Vermont, Odboru za medicinsku praksu i/ili njegovom imenovanom predstavniku i Uredu državnog tužioca, svu medicinsku dokumentaciju i sve informacije, bez rezerve, u vašem posjedu ili kontroli koje se odnose na _____ (datum rođenja _____), bilo usmeno ili pismeno (uključujući evidencije koje su vam dali drugi zdravstveni radnici ili zdravstvene ustanove) u vezi sa bilo kojim fizičkim, psihijatrijskim, mentalnim ili emocionalnim stanjem ili povredom ili bolešću zbog koje ste možda bili konsultovani ili za koje su vam možda bile pružene usluge. Ovim potvrđujem da posjedujem punomoć koja me ovlašćuje da ovo radim kao punomoćnik za _____, te da punomoć nije opozvana ili ograničena. U prilogu se nalazi kopija punomoći.

Samo u vezi s ovim posebnim ovlaštenjem za otkrivanje podataka Ministarstvu zdravlja savezne države Vermont, Odboru za medicinsku praksu i Uredu državnog tužioca, i ni u kakve druge svrhe, u ime _____, ovim se izričito **ODRIČEM** povjerljivosti i/ili bilo kakvih privilegija ili imuniteta dodijeljenih ovim informacijama državnim ili federalnim zakonom, uključujući materijale obuhvaćene Odjeljkom 42 Zakona o federalnim propisima, 2. dio, i držim da niste odgovorni za njihovo otkrivanje Ministarstvu zdravlja Vermonta, Odboru za Medicinska ordinacija, po mom zahtjevu, radi procjene određenih aspekata zdravstvene zaštite koja se pruža _____.

OVO OVLAŠTENJE podliježe opozivu u bilo kojem trenutku osim u mjeri u kojoj ste već poduzeli radnju u skladu s tim. Ako se prethodno ne opozove, ovo odobrenje će prestati nakon konačne radnje, uključujući sudsku odluku, bilo koje radnje koju je preduzeo Odbor za medicinsku praksu u vezi s ovim informacijama, ili, ako se takva radnja ne preduzme, prestaje da važi 365 dana od datuma ovog ugovora.

TAKOĐE STE OVLAŠTENI prijavljivati informacije, usmeno ili pismeno, direktno Ministarstvu zdravlja savezne države Vermont, Odboru za medicinsku praksu, ili njegovom imenovanom predstavniku, i Uredu državnog tužioca, kontinuirano dok ovo ovlaštenje ne istekne ili ne bude opozvano.

USKLAĐENA FOTOSTATSKA KOPIJA OVOG OVLAŠTENJA ĆE SLUŽITI UMJESTO NJEGA.

Datum _____

Ime i prezime _____

Štampanim slovima

Potpis

Adresa

Grad, država, poštanski broj