



ကလေး၏အမည်	မွေးသက္ကရာဇ်

- ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်ကလေး၏ မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ(များ) ဖြစ်ပြီး လက်ရှိအချိန်တွင် အောက်တွင်ဖော်ပြထားသည့် လူတစ်ဦးချင်း (ဥပမာ- မိတ်ဆွေ၊ မိထွေး/ပထွေး၊ ဘိုးဘွား၊ ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ) အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်ရန်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကလေးအား Mosaic Health သို့ သွားရောက်ပြသမှုများ ပြုလုပ်ရန်အတွက် ပို့ဆောင်ပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အား ခွင့်မပြုထားသည့် တရားရုံးအမိန့်များမရှိပါ။
- ကျွန်ုပ်တို့က အောက်ပါလူပုဂ္ဂိုလ်များအား ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးကို ၎င်းတို့၏ ချိန်းဆိုတွေ့ဆုံမှုများသို့ ခေါ်ဆောင်သွားရန်နှင့် ပုံမှန်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးရန် ခွင့်ပြုထားပါသည်။

အမည်	တော်စပ်ပုံ

ယခုအချိန်တွင် ကုသမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ကလေးအား ယူဆောင်သွားရန် အခြားမည်သူ့ကိုမှ ခွင့်ပြုချက်မပေးလိုပါ။

ဖော်ပြထားသည့် လူတစ်ဦးချင်းအား အောက်ပါတို့ကို ပြုလုပ်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်-

- ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးနှင့် ပတ်သက်သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ဆွေးနွေးခြင်းနှင့် မျှဝေခြင်း။
- Mosaic Health ပံ့ပိုးသူ၏ တစ်ဦးတည်းဆုံးဖြတ်ချက်ဖြင့် ဆုံးဖြတ်ထားသည့်အတိုင်း ပုံမှန်လုပ်ရိုးလုပ်စဉ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ပြုလုပ်ခြင်း။ ဤတွင် သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဓာတ်မှန်များ၊ သွားဖာထေးမှုများ၊ ပုံမှန်ဖြည့်တင်းမှုများ၊ ဖလူအိုရိုက်ဒ်သုတ်ပေးမှု၊ ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးများ/ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံမှုများ၊ အသေးစား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းစဉ်အဆင့်ဆင့်နှင့် ဓာတ်ခွဲခန်းဝန်ဆောင်မှုများသည် ပါဝင်သော်လည်းကောင်း၊ ကန့်သတ်မထားသော်လည်းကောင်း ပါဝင်သည်။

ဆိုးရွားပြင်းထန်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များ/ခွဲစိတ်မှုများအတွက် ဖုန်းမှတစ်ဆင့် သင်၏ နှုတ်ဖြင့် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို လိုအပ်နိုင်ပြီး ယင်းသို့ဆုံးဖြတ်ချက်များအတွက် သင့်ကလေးအား ပြသနေချိန်များအတွင်း သင့်အား အလွယ်တကူ ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အခြေအနေရှိသင့်ကြောင်း သတိပြုစေလိုပါသည်။ အဆိုပါ အခြေအနေများအတွင်း သင့်အား ချက်ချင်းခေါ်ဆိုနိုင်ရန် လက်ရှိအသုံးပြုနေသည့် သင့်ဖုန်းနံပါတ်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ရရှိထားရန် အရေးကြီးပါသည်။

အဆိုပါအချိန်များအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့ အကောင်းဆုံး ရောက်ရှိဆက်သွယ်နိုင်မည့် ဖုန်းနံပါတ်မှာ- _____

ကျန်းမာရေးစင်တာသို့ နှုတ်ဖြင့် အကြောင်းကြား၍ဖြစ်စေ စာဖြင့်ရေးသား၍ဖြစ်စေ ဤသဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေး ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ထိုသို့မပြုလုပ်ပါက ဤသတ်မှတ်ချက်သည် တစ်နှစ်ကြာအထိသာလျှင် (လက်မှတ်ထိုးသည့် ရက်စွဲမှ) သက်ရောက်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ပုံစံအသစ်ကို နှစ်စဉ် ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါလိမ့်မည်။

လူနာ၏ လက်မှတ်/မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ- _____ ရက်စွဲ- _____

အမည် အပြည့်အစုံ- _____ လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ- _____