



ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ရယူရန် ခွင့်ပြုချက်

၁။ နာမည်ရေးပါ။ _____ မွေးနေ့သက္ကရာဇ်။ _____
လိပ်စာ။ _____ ဖုန်းနံပါတ်။ _____

အထက်ဖော်ပြပါ လူနာ၏ မှတ်တမ်းများကို ရယူရန် Mosaic Health ကို ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုသည်။

၂။ အမည် _____ လိပ်စာ _____
မြို့/ပြည်နယ် / ဇစ်ကုဒ် _____ ဖုန်းနံပါတ် _____ ဖက်စ်# _____

ရယူရန် လိုအပ်သည့် မှတ်တမ်းများကို ရွေးချယ်ပါ။ အောက်တွင် အမှန်ခြစ်ပါ။

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းတစ်ခုလုံး သွားနှင့်ခံတွင်းဆိုင်ရာမှတ်တမ်းတစ်ခုလုံး ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဓါတ်မှန်များ သွားနှင့်ခံတွင်းဆိုင်ရာဓါတ်မှန်များ ဓါတ်ခွဲခန်းရလဒ်များ ဆေးဝါးစာရင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးမှတ်တမ်း တိုးတက်မှုမှတ်စုများ
အခြား _____

အောက်ပါကုသမှုနေ့ရက်များအတွက်။

(ဥပမာ။ တိကျသော ရက်စွဲ- ၁/၁၃/၂၀၂၀၊ ရက်များအပိုင်းအခြား- ဇန်နဝါရီ- ဇူလိုင် ၂၀၁၉)

* မှတ်တမ်းများတွင် အရွယ်မရောက်သေးသူ၏ မျိုးပွားမှုဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများ ပါဝင်ပါက ဤခွင့်ပြုချက်တွင် အရွယ်မရောက်သေးသူ၏လက်မှတ် လိုအပ်ပါသည်။

အောက်ပါစာရွက်စာတမ်းများကို ထုတ်ပြန်ရန်အတွက် တိကျသောခွင့်ပြုချက်လိုအပ်ပါသည်။

၄။ (အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ဖော်ပြပါလက်မှတ်ထိုးထားပါက အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ ထုတ်ပြန်မည်မဟုတ်ပါ။)

_____ အရက်/မူးယစ်ဆေးဝါး ကုသမှု _____ HIV/AIDS ဆိုင်ရာ အချက်အလက် _____ စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှု

*HIV/AIDS ဆိုင်ရာ၊ အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါး ကုသမှု နှင့်/သို့မဟုတ် စိတ်ကျန်းမာရေး ကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ခြင်းအား အထူးခွင့်ပြုခြင်းဖြင့် လက်ခံသူအား အစိုးရ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဥပဒေအရ အဆိုပါအချက်အလက်များကို ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ခြင်းအား ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ထိုသို့ပြုလုပ်ရန် ခွင့်မပြုဘဲ တားမြစ်ထားသည်။

*သွားနှင့်ခံတွင်းဆိုင်ရာ ဓါတ်မှန်များပေးပို့ပါက ကျေးဇူးပြု၍ dentalx-ray@mosaichealth.org အီးမေးလ်သို့ပို့ပါ။

အောက်ပါအကြောင်းပြချက်(များ)အတွက် အချက်အလက်ကို တောင်းဆိုရမည်ဖြစ်ပါသည်။

၅။ စောင့်ရှောက်မှုလွှဲပြောင်းခြင်း ကျောင်း/ အလုပ်အကိုင် မသန်စွမ်းမှု ဥပဒေရေးရာ လွှဲပြောင်းပေးခြင်း/စောင့်ရှောက်မှုညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်း

ဤကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ခွင့်ပြုခြင်းသည် ဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ထိုးရန် ကျွန်ုပ်ငြင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကုသမှုသေချာစေရန်အတွက် ဤပုံစံကို ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးရန်မလိုအပ်ပါ။ သတင်းအချက်အလက် ထုတ်ဖော်မှုတိုင်းသည် ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ခြင်းအတွက် အလားအလာရှိပြီး အချက်အလက်များကို အစိုးရလျှို့ဝှက်ရေးစည်းမျဉ်းများဖြင့် အကာအကွယ်ပေးမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများရှိပါက၊ ထုတ်ဖော်ခြင်းပြုလုပ်သည့် အခွင့်အာဏာရှိသူ တစ်ဦးချင်း သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းသို့ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

ဤခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းပိုင်ခွင့်ရှိသည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤခွင့်ပြုချက်ကို ရုပ်သိမ်းပါက၊ ထိုသို့ရုပ်သိမ်းခြင်းကို စာဖြင့်ရေးသားပြီး ကျွန်ုပ်၏ရေးသားထားသည့် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းကို Mosaic Health ရှိ ဆေးမှတ်တမ်းဌာနသို့ တင်ပြရမည်ဟု ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို တုံ့ပြန်သည့်အနေဖြင့် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းသည် ထုတ်ပြန်ထားပြီးဖြစ်သည့် အချက်အလက်များနှင့် သက်ဆိုင်မည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ဥပဒေသည် ကျွန်ုပ်၏အာမခံသူအား ကျွန်ုပ်၏ပေါ်လစီအရ တောင်းဆိုမှုတစ်ခုအား ငြင်းဆိုပိုင်ခွင့်ပေးသည့်အတွက် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းသည် ကျွန်ုပ်၏အာမခံကုမ္ပဏီနှင့် သက်ဆိုင်မည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ဤခွင့်ပြုချက်သည် ကုန်ဆုံးသည်။ _____ (ဤနေရာတွင်ရက်စွဲထည့်သွင်းပါ)။ သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုချက်ရရှိသည့်နေ့မှ (၁) နှစ်အတွင်း၊ ပိုနည်းသည့်အရာ။

၆။

လူနာ/မိဘ/တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်

လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ

အပေါ်မှလက်မှတ်၏ ပုံနှိပ်ထားသည့် အမည်

လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ

Mount Morris
1 Murray Hill Drive
Building 1, Room 140
Mt. Morris, NY 14510
P: 585-243-7840
F: 585-554-3342

Rushville
2 Ruben Drive
Rushville, NY 14544
P: 585-554-4400
F: 585-554-3342

Utica-Medical
1651 Oneida Street
Utica, NY 13501
P: 315-793-7600
F: 315-792-0079

Utica-Dental
3 Parkside Court
Building 1
Utica, NY 13501
P: 315-293-7600
F: 315-792-0079

Lyons
1519 Nye Road
Lyons, NY 14489
P: 315-871-3178
F: 585-554-3342

Ilion
55 Central Plaza,
Suite B
Ilion, NY 13357
P: 315-444-1900
F: 315-792-0079