

ကုသမှုအတွက် လူနာ၏ခွင့်ပြုချက်

လူနာအမည် _____

မွေးသည့်နေ့ _____

ကုသမှုအတွက် ခွင့်ပြုချက်

အောက်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ကျွန်ုပ်သည် ဤစာရွက်စာတမ်းကို လူနာ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူအနေဖြင့် တရားဝင်ဖြစ်အောင်ပြုလုပ်ခြင်းဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်အတွက် သို့မဟုတ် အထက်တွင်ဖော်ပြထားသောလူနာအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ/သွားဘက်ဆိုင်ရာ/အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဖြည့်ဆည်းပေးရန် Mosaic Health, Inc. ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ/သွားဘက်ဆိုင်ရာ/အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းအား ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းတွင် ကျွန်ုပ်၏ Mosaic Health ပံ့ပိုးပေးသူများမှ တွေ့ကြုံထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာနှင့် အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာကျန်းမာရေးနှင့်စပ်လျဉ်းသော သတင်းအချက်အလက်များပါဝင်မည်ကို နားလည်ပါသည်။

ငွေကြေးဆိုင်ရာတာဝန်ယူမှု/အကျိုးခံစားခွင့်များကိုသတ်မှတ်ပေးမှု

ကျွန်ုပ်သည် Mosaic Health, Inc. အား ကျွန်ုပ်၏အာမခံကယ်ရီယာထံ ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား အကျိုးအမြတ်များအတွက်လျှောက်ထားရန်နှင့် ကျွန်ုပ်ထံငွေပေးချေသကဲ့သို့ Mosaic Health, Inc. ထံ ကျွန်ုပ်၏ အာမခံကုမ္ပဏီမှ တိုက်ရိုက်ငွေပေးချေရန်အတွက် တောင်းဆိုရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ အာမခံအကျိုးဝင်မှုနှင့်စပ်လျဉ်းသောသတင်းအချက်အလက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးရန်နှင့် ကျန်းမာရေးစင်တာထံ ပြောင်းလဲမှုတစ်စုံတစ်ရာကို အသိပေးရန်မှာ ကျွန်ုပ်၏တာဝန်ဖြစ်ကြောင်းကို နားလည်ပါသည်။ **ကျွန်ုပ်သည် တွဲဖက်ငွေပေးချေမှုများနှင့် နှုတ်ယူမှုများအပါအဝင် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီမှ ကာဗာလုပ်ပေးခြင်းမရှိသော ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်တစ်စုံတစ်ရာအတွက် ကျွန်ုပ်သည် ငွေကြေးပိုင်းအရတာဝန်ရှိပြီး ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်နေ့စွဲတွင် ပေးချေရမည်ဖြစ်ကြောင်းကို နားလည်ပါသည်။** ကျွန်ုပ်သည် အာမခံ သို့မဟုတ် Mosaic Health ပြောင်းလဲသွားသောစရိတ်စကပရိုဂရမ်နှင့် အကျိုးမဝင်ပါက ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အပြည့်အဝငွေပေးချေရန် တာဝန်ရှိကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။

သတင်းအချက်အလက်ထုတ်ပေးမှုအတွက် ခွင့်ပြုချက်

ကျွန်ုပ်၏ Mosaic Health နှင့်တွေ့ဆုံမှုများ/လာရောက်မှုများကို ကျွန်ုပ်၏ Mosaic Health ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာနှင့် အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာကျန်းမာရေး ပံ့ပိုးပေးသူများမှ ကြည့်ရှုနိုင်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် Mosaic Health, Inc. အား ကျွန်ုပ်၏အာမခံကယ်ရီယာထံ ကျွန်ုပ်၊ သို့မဟုတ် လူနာ၏ကိုယ်စားလှယ်မှ တင်ပြထားသော တောင်းဆိုချက်တစ်စုံတစ်ရာကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏၊ သို့မဟုတ် အထက်တွင် အမည်ဖော်ပြထားသော လူနာ၏၊ ရောဂါမှတ်တမ်းနှင့် ကုသမှုဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်တစ်စုံတစ်ရာကို ထုတ်ပေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်မိတ္တူကို မူရင်းနေရာတွင် အသုံးပြုမည်ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် Mosaic Health, Inc. အား တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုအတွက် ကျွန်ုပ်၊ သို့မဟုတ် လူနာကို ထောက်ခံပေးထားသော ပံ့ပိုးပေးသူထံ ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် လူနာ၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းမိတ္တူကို လွှဲပို့ပေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်၊ သို့မဟုတ် အထက်တွင်အမည်ဖော်ပြထားသောလူနာသည်၊ ကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာန သို့မဟုတ် ကောင်တီ လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာနအပါအဝင် အသိုက်အဝန်းဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ထောက်ခံချက်လိုအပ်ပါက၊ ထိုအသိုက်အဝန်းဝန်ဆောင်မှုကိုယ်စားလှယ်များနှင့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်များကို လဲလှယ်ပေးပို့ရန် ဤခွင့်ပြုချက်က ခွင့်ပြုပေးထားကြောင်းကို နားလည်ပါသည်။

နယူးယောက် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာရောဂါကာကွယ်ရေးဥပဒေအရ ဖော်ပြခြင်းချက်များဖြင့် ပေးထားသောအချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်သိမ်းဆည်းထားမည်ဖြစ်ကြောင်းကို နားလည်ပါသည်- 1) ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် အခြားသူများအတွက် အန္တရာယ်ဖြစ်စေနိုင်သည်ဟု ထင်ရှားပါက၊ 2) ဖြစ်နိုင်ချေရှိသော အနိုင်ကျင့်မှု သို့မဟုတ် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သော လစ်လျူရှုမှုနှင့်ပတ်သက်၍ စိတ်ပူပန်စရာများရှိပါက၊ သို့မဟုတ် 3) တရားရုံးအမိန့်အရ မှတ်တမ်းများကိုရယူရန် အမိန့်ထုတ်ထားပါက။

လူနာ၏ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုအသိပေးချက်၊ လူနာ၏ဘေလ်နှင့်ပတ်သက်သောရပိုင်ခွင့်များ၊ စည်းမျဉ်းစံနှုန်းများနှင့် အဆင့်မီသောစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များ
ကျွန်ုပ်သည် Mosaic Health ၏ လူနာ၏ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုအသိပေးချက်၊ လူနာ၏ဘေလ်နှင့်ပတ်သက်သောရပိုင်ခွင့်များ၊ စည်းမျဉ်းစံနှုန်းများနှင့် အဆင့်မီသောစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များ၊ “သင်၏မေးခွန်းများကိုဖြေကြားပေးမှု” လက်ကမ်းစာစောင်၊ NYS ကျန်းမာရေးဌာန “ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ ဆုံးဖြတ်ခြင်း” လမ်းညွှန်နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုယ်စားလှယ်ဖောင်ကို လက်ခံရရှိထားကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် Mosaic Health အား၊ သို့မဟုတ် ၎င်း၏တာဝန်ခန့်အပ်ထားသူအား၊ ဤဖောင်နှင့်ဆက်စပ်နေသောကိစ္စရပ်များအကြောင်း ဆွေးနွေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏အိမ်သို့ သို့မဟုတ် အလုပ်သို့ တယ်လီဖုန်းဆက်ရန် ခွင့်ပြုချက်ပေးအပ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် အထက်ပါအကြောင်းအရာကို ဖတ်ရှုထားပြီး၊ သို့မဟုတ် ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပြီး ထိုဖော်ပြချက်များကို အပြည့်အဝနားလည်ပါသည်။

လူနာ/ မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် _____

တရားဝင်အမည်/လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ _____

အသိသက်သေ _____

နေ့စွဲ _____