

## လူနာသတင်းအချက်အလက်များကိုမျှဝေရန်ခွင့်ပြုခြင်း

လူနာအမည်- \_\_\_\_\_ မွေးသည့်နေ့- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

လိပ်စာ- \_\_\_\_\_

ဖုန်းနံပါတ်- \_\_\_\_\_

သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်များနှင့်စပ်လျဉ်း၍ စကားပြောဆိုရန် သင့် ခွင့်ပြုပေးလိုသူများကို စာရင်းဖြင့်ဖော်ပြပေးပါ။  
ဤသတင်းအချက်အလက်များတွင် ပါဝင်မည့်အရာများမှာ- ရောဂါစစ်တမ်းများ၊ စစ်ဆေးမှုရလဒ်များ၊ လတ်တလောလာရောက်မှုများ၊  
ဆေးဝါးတောင်းဆိုမှုများ၊ ချိန်းဆိုမှုဆိုင်ရာအချက်အလက်၊ နှင့် ငွေတောင်းခံခြင်း/အာမခံ အချက်အလက်တို့ ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်များထံ ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်များကို ဖော်ပြပေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

အမည် _____ တော်စပ်ပုံ _____ မွေးသည့်နေ့ _____
ဖုန်းနံပါတ် _____
အမည် _____ တော်စပ်ပုံ _____ မွေးသည့်နေ့ _____
ဖုန်းနံပါတ် _____

ကျွန်ုပ်သည် Mosaic Health ဝန်ထမ်းအား ဖော်ပြပါနည်းလမ်းများကိုသုံး၍ ကျွန်ုပ်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များကို ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန် ခွင့်ပြုပါသည် (သက်ဆိုင်သည့်အရာအားလုံးကို ရွေးပါ)-

- တယ်လီဖုန်း/အသံမေးလ်
  နှုတ်ဖြင့်ပြောဆိုခြင်း
  အီးမေးလ်
  စာသားမက်ဆေ့ချ်

**ဤခွင့်ပြုချက်သည် တစ်နှစ်ကြာအောင် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်မှ ဖျက်သိမ်းကြောင်း ရေးသားဖော်ပြသည်အထိ အကျိုးသက်ရောက်ပါလိမ့်မည်။**  
ဖျက်သိမ်းခြင်းသည် ဤခွင့်ပြုချက်ကိုအခြေခံ၍ ထုတ်ပြန်ပြောပြထားပြီးဖြစ်သော အချက်အလက်များတွင် သက်ရောက်ခြင်းမရှိမည်ကို နားလည်ပါသည်။

၎င်းသည် ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်မိတ္တူများကို စာရင်းတွင်ပါဝင်သောပုဂ္ဂိုလ်များထံ ထုတ်ပေးရန်၊ မေးလ်ပို့ရန်၊ သို့မဟုတ် ဖက်စ်ပို့ရန် ခွင့်မပြုပါ။ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်မိတ္တူများကိုရယူရန်အတွက်၊ တရားဝင် HIPAA ထုတ်ပြန်စာကို လိုအပ်ပါသည်။

ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ပြောပြနိုင်ချေရှိသော သတင်းအချက်အလက်များပါဝင်သည့် ထုတ်ဖော်ပြောပြချက်တစ်စုံတစ်ရာနှင့် သတင်းအချက်အလက်များကို ဖက်ဒရယ်၏ လျှို့ဝှက်ထားမှုဆိုင်ရာစည်းမျဉ်းများဖြင့် ကာကွယ်ပေးထားခြင်းမရှိကြောင်းကို နားလည်ပါသည်။ ဤကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောပြရန် ခွင့်ပြုခြင်းမှာ မိမိသဘောဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤခွင့်ပြုချက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းမပြုရန် ငြင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကုသမှုကိုသေချာစေရန်အတွက် ဤဖောင်တွင်လက်မှတ်ထိုးရန် မလိုအပ်ပါ။

\_\_\_\_\_ ယခုချိန်တွင် သင့်သည် တောင်းဆိုချက်ကိုခွင့်မပြုကြောင်းညွှန်ပြရန် ဤနေရာကို အမှတ်ခြစ်ပေးပါ

လူနာလက်မှတ် (သို့မဟုတ် လူနာ/တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်) နေ့စွဲ	
လူနာ/တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ တရားဝင်အမည် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်နှင့်တော်စပ်ပုံ	
အသိသက်သေ	နေ့စွဲ

2019 ခုနှစ် အောက်တိုဘာလ