



# Comprehensive Community Health Centers

Տեղեկատվության տրամադրման և/կամ ստացման լիազորություն և անհատական դիմում՝ անձնական բժշկական տեղեկատվություն ստանալու խնդրանքով

Հիվանդի անունը՝ \_\_\_\_\_

Ծնն. ամս. \_\_\_\_\_ Հիվ.ID \_\_\_\_\_

Ուղարկող՝ \_\_\_\_\_

Հասցեատեր՝ \_\_\_\_\_

Հասցե՝ \_\_\_\_\_

Հասցե՝ \_\_\_\_\_

Քաղաք, նահանգ, փոստ. ինդեքս՝ \_\_\_\_\_

Քաղաք, նահանգ, փոստ. ինդեքս՝ \_\_\_\_\_

Հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Ֆաքս՝ \_\_\_\_\_

Ֆաքս՝ \_\_\_\_\_

➤ **Տրամադրել վերոնշյալ հիվանդի հետևյալ անձնական բժշկական տեղեկատվությունը (խնդրում ենք նշել).**

- Առաջընթացի մասին նշումներ  Վճարում կատարելու տվյալներ
- Լաբորատոր հետազոտություններ  Այլ \_\_\_\_\_
- Պատկերային հաշվետվություններ (X-ray, CT և այլն)
- Խորհրդատվության հաշվետվություններ/Հիվանդանոցային նշումներ (Այլ հաստատություններից ստացված տվյալներ)

➤ **Գաղտնի կամ օրենքով պաշտպանված բժշկական տեղեկատվության տրամադրման լիազորություն**

Ձեր անվան սկզբնատառերով ստորագրելով ստորև նշված բժշկական գաղտնի պաշտպանված տեղեկատվության դիմաց՝ Դուք լիազորում եք սույն բժշկական պաշտպանված տեղեկատվության տրամադրումը.

\_\_\_\_\_ **Հոգեբուժական թերապիայի նշումներ** \_\_\_\_\_ Հոգեկան առողջության վերաբերյալ տվյալներ  
 \_\_\_\_\_ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ  
 \_\_\_\_\_ Չարաշահում (Ալկոհոլի, թմրանյութի և այլն)

Բուժման ամսաթիվերը՝ \_\_\_\_\_-ից \_\_\_\_\_-ը

**Տեղեկատվության տրամադրումն իրականացվում է հետևյալ նպատակ(ներ)ով՝**

- Ծարունակական խնամք  Իսնամքի փոխանցում  Փաստաբանական/Դատական գործ
- Ապահովագրություն  Անձնական պատճառներով
- Այլ՝ \_\_\_\_\_

**Տրամադրման ձևը (նշել մեկը).**

Ֆաքս՝ \_\_\_\_\_  
 Տպագրված կրկնօրինակ (պատրաստ կլինի 15 օրվա ընթացքում)  Փոստ  Վերցնել կլինիկայից   
 —Էլեկտրոնային տարբերակ (պատրաստ կլինի 15 օրվա ընթացքում)  
 —Էլ.փոստի հասցե՝ \_\_\_\_\_

Հաշվի առնելով բժշկական տվյալների էլեկտրոնային համակարգի կիրառումը՝ տրամադրման ենթակա են միայն բնօրինակ փաստաթղթերի սկանավորված և վերբեռնված պատճենները: Տեղեկատվության տրամադրման սույն լիազորագիրը գործում է ստորագրման ամսաթվից հետո մեկ տարվա ընթացքում: Տեղեկացված լինելու մասին սույն համաձայնագիրը ցանկացած պահի ենթակա է չեղարկման միայն գրավոր ծանուցմամբ.

Հիվանդի ԿԱՄ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ \_\_\_\_\_

**ՄԻԱՅՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ**

Հավաքվել է \$ \_\_\_\_\_ չափով գումար:

- Գանձիկ
- Կրեդիտ/Դեբետ
- Անդրորագիր

Աշխատակցի անունը \_\_\_\_\_



## **ԳՆԱՅՈՒՑԱԿ**

**Տեղեկատվության տրամադրում և/կամ ստացում և անհատական դիմում՝  
անձնական բժշկական տեղեկատվություն ստանալու խնդրանքով**

Դիմումի հիմքը

- Նոր հիմնական բուժսպասարկում իրականացնող անձ կամ առողջապահական հաստատություն - անվճար
- Մեկ այցի տվյալները – անվճար
- Մինչև երեք այցի տվյալները - \$3
- Մինչև վեց այցի տվյալները - \$6
- Վեցից ավել այցերի տվյալները - \$12
- Պատճենահանման ծառայությունների կամ իրավաբանական գրասենյակի կողմից ուղարկված դիմումները - \$15