



Comprehensive Community Health Centers

Տեղեկատվությունը ան տրամադրման և/կամ ստացման լիազորություն և անհատական դիմում անձնական բժշկական տեղեկատվություն և ստանալու խնդրանքով

Հիվանդի անունը՝ _____

Ծննդամս . _____ Հիվ.ID _____

Ուղարկող՝ _____

Հասցե՝ _____

Քաղաք, նահանգ, փոստ. ինդեքս՝ _____

Հեռախոսահամար՝ _____

Ֆաքս՝ _____

Հասցեատեր՝ _____

Հասցե՝ _____

Քաղաք, նահանգ, փոստ. ինդեքս՝ _____

Հեռախոսահամար՝ _____

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)

☐ Խորհրդատվություն հաշվետվություններ/Հիվանդանոցային նշումներ (Այլ հաստատություններից ստացված տվյալներ)

- Գաղտնի կամ օրենքով պաշտպանված բժշկական տեղեկատվություն ան 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

Տեղեկատվություն ան տրամադրման իրականացվում է հետևյալ նպատակ (ներ)ով՝

☐ Շարունակական ☐ Խնամքի փոխանցում ☐ Փաստաբանական /Դատական

☐ Ապահովագրություն ☐ Անձնական

☐ Այլ _____

Տրամադրման ձևը (նշել մեկը) .

☐ Ֆաքս _____

☐ Տպագրված կրկնօրինակ (պատրաստվել է ինչի 7 աշխատանքային օրվա ընթացքում) ☐ Փոստ ☐

Վերցնել կլինիկայից ☐

☐ Էլեկտրոնային տարբերակ (պատրաստվել է ինչի 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում)

Էլ. փոստի հասցե՝ _____

Հաշվի առնելով բժշկական տվյալները և համակարգի կիրառումը՝ տրամադրման ենթակա են միայն բնօրինակ փաստաթղթերի սկանավորված և վերբեռնված պատճենները: Տեղեկատվություն ան տրամադրման սույն լիազորագրի զործում է ստորագրման ամսաթվից հետո մեկ տարվա ընթացքում: Տեղեկացված ինքնուրույն համաձայնագրից անկացած պահի ենթակա է չեղարկման միայն գրավոր ծանուցմամբ, որը կարող է քուղարկվել հետևյալ էլեկտրոնային հասցեին՝ info@cchccenters.org.

Հիվանդի ԿԱՍՏՈՐԻՆԱԿԱՆ ներկայացուցչի ստորագրությունը _____

Ամսաթիվ _____



Comprehensive Community Health Centers

ՄԻԱՅՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Հավաքվել է \$ _____ չափով գումար:

- ☐ Կանխիկ
- ☐ Կրեդիտ/Դեբետ
- ☐ Անդորրագիր

Աշխատակցի
անուն



ԳՆԱՅ ՈՒՅ ԱԿ

Տեղեկատվությունը ան տրամադրություն /կամ ստացություն
անհատական դիմում՝ անձնական բժշկական
տեղեկատվությունն ստանալու խնդրանքով

Դիմումի հիմքը

- Նոր հիմնական բուժօգնություն իրականացնող անձ
կամ առողջապահական հաստատություն - անվճար
- Մեկ այցի տվյալներ - անվճար
- Մինչև երեք այցի տվյալներ - \$3
- Մինչև վեց այցի տվյալներ - \$6
- Վեցից ավելի այցերի տվյալներ - \$12
- Պատճենահանման ծառայություններ կամ
իրավաբանական գրասենյակի կողմից ուղարկված
դիմումներ - \$15