



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՝ _____

Փաքս՝ _____

Փաքս՝ _____

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

- ☐ Առաջընթացի մասին նշումներ ☐ Վնասված 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/ԶԻԱՀ
_____ Զարաշահում (Ալկոհոլի, թմրանյութի և այլն)

Բուժման ամսաթվերը՝ _____-ից _____-ը

Տեղեկատվության տրամադրումն իրականացվում է հետևյալ նպատակ(ներ)ով՝

- ☐ Ծարունակական խնամք ☐ Խնամքի փոխանցում ☐ Փաստաբանական/Դատական գործ
- ☐ Ապահովագրություն ☐ Անձնական պատճառներով
- ☐ Այլ՝ _____

Տրամադրման ձևը (նշել մեկը).

_____ Փաքս՝ _____

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 ԿԱՄՕ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ամսաթիվ

ՄԻԱՅՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Հավաքվել է \$ _____ չափով գումար:

- ☐ Գանձիկ
☐ Կրեդիտ/Դեբետ
☐ Անդորրագիր

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