



ДОЗВІЛ НА РОЗГЛОШЕННЯ ЗАХИЩЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Якщо вам потрібна медична допомога, президент вашої місії дозволяє лікарям та лікарням надавати вам допомогу. Медичні працівники не будуть передавати будь-яку інформацію про ваше здоров'я, відому як «захищена медична інформація» (protected health information, PHI), без вашого дозволу. Заповнюючи цю форму, ви дозволяєте президенту місії та (або) лікарям Церкви отримувати інформацію про ваше лікування.

Ім'я особи, про яку надаватиметься інформація

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я МІСІОНЕРА	ID DMBA (ЯКЩО Є)	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
----------------------------	------------------	-----------------

Я дозволяю _____ (медичний працівник або медична установа) розкривати мою захищену медичну інформацію керівництву місії _____ включно з президентом місії та медичним радником г.

STREET ADDRESS
CITY, STATE, AND ZIP CODE
TELEPHONE NUMBERS

Інформація, що підлягає оприлюдненню: моя медична документація, включаючи інформацію про фізичне та психічне здоров'я (окрім записів про психотерапію), всю інформацію про страхування, претензії, виплати та пільги, всі симптоми, діагнози, лікування, прогноз, результати лабораторних досліджень, ліки, що стосуються мого минулого, теперішнього чи майбутнього здоров'я.

Мета оприлюднення інформації: загальна оцінка стану мого здоров'я та придатності до служби місіонером, а також для керування моєю охороною здоров'я під час служіння місіонером у Церкві Ісуса Христа Святих Останніх Днів.

Строк дії: Цей дозвіл діє з дати підписання до одного року після мого звільнення з місії, якщо його не буде скасовано до цього часу у письмовій формі.

Підпис: Я підтверджую, що наведена вище інформація є правдивою та повною. Я маю право отримати копію цього дозволу. Я можу відкликати цей дозвіл, надіславши листа адміністраторам Дезерета взаємної вигоди, до уваги: Місіонерський медичний відділ, а/с 45730, Солт-Лейк-Сіті, УТ 84145, США (Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA). Відкликання буде дійсним тільки щодо майбутніх дій та не буде дійсним щодо будь-яких дій до отримання мого відкликання. Будь-яка інформація, яка використовується або розголошується відповідно до цього дозволу, може бути піддана повторному розголошенню і, отже, більше не захищатиметься правилами конфіденційності.

Лікування, оплата, реєстрація або право на отримання відповідної медичної допомоги не залежатимуть від надання мною цього дозволу, окрім випадків, коли це може бути дозволено чинним законодавством. Однак я розумію і погоджуюся, що моя відмова підписати цей дозвіл або моє відкликання цього дозволу може вплинути на моє право служити чи продовжувати служити місіонером у Церкві Ісуса Христа Святих Останніх Днів.

Підпис місіонера: _____ Дата: _____