



MISSIONARY  
MEDICAL

*Serving those who serve*

## Разрешение на использование и разглашение информации о здоровье человека

ФИО человека, чья информация будет разглашена: \_\_\_\_\_

Идентификатор DMBA (ID) или Дата рождения: \_\_\_\_\_

**Кто наделен правом разглашать эту информацию:** Церковь Иисуса Христа Святых последних дней и ее дочерние структуры, включая Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) и ее деловые партнеры, любые и все остальные медицинские учреждения, включая специалистов в области психического здоровья, которые лечили меня до или после подписания этого разрешения.

### Кто наделен правом получать информацию?

1. DMBA, включая Миссионерскую медицинскую службу
2. Представители/сотрудники Департамента миссионерской работы Церкви Иисуса Христа Святых последних дней
3. Представители Высшей власти Церкви Иисуса Христа Святых последних дней
4. Мой президент миссии и его супруга
5. Руководители священства моего домашнего подразделения (такие как епископ и президент кола) и секретари, которые могут помогать моим местным руководителям священства (такие как секретарь прихода и секретарь кола)
6. Персонал офиса Центра подготовки миссионеров
7. Персонал Медицинского центра для студентов УБЯ
8. Мои родители /опекуны, согласно изложенному снизу (если флажок отсутствует, предполагается ответ «Да»):

Да  Нет ФИО: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Да  Нет ФИО: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

9. Другие лица, которых я назначаю по своему усмотрению

ФИО: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**Информация, подлежащая разглашению:** Мои медицинские записи, включая информацию о физическом и умственном здоровье (кроме записей психотерапевта), всех страховках, претензиях, оплате, пособиях, всех симптомах, диагнозах, лечении, прогнозах, результатах анализов, лекарствах, принимаемых мной в прошлом, настоящем или будущем.

**Цель разглашения информации:** Для общей оценки моего здоровья и пригодности к служению в качестве миссионера, а также для отслеживания и курирования моего медицинского обслуживания во время служения в качестве миссионера Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

**Дата срока истечения действия:** Данное разрешение действительно с момента подписания и до момента истечения одного года после моего возвращения с миссии, если до этого оно не будет отменено в письменной форме.

**Подпись:** Я удостоверяю, что вышеприведенные сведения истинны и полны. Я наделен правом получить копию этого разрешения. Я наделен правом отозвать это разрешение, направив письменное уведомление в DMBA по адресу: Missionary Medical, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Отзыв применим исключительно в отношении будущих действий и не применим в отношении каких-либо действий до получения другой стороной моего отзыва. Любая информация, использованная или раскрытая в соответствии с этим разрешением, может быть вновь раскрыта и соответственно перестанет быть защищенной правилами конфиденциальности.

Лечение, оплата, регистрация или право на получение соответствующей медицинской помощи не будут обусловлены наличием предоставленного мною разрешения, если иное не предусмотрено действующим законодательством. Тем не менее, я понимаю и соглашаюсь с тем, что подписанный мною отказ или мой отзыв данного разрешения могут повлиять на мое право служить или продолжать служение в качестве миссионера Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

Подпись миссионера: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

MM06RU1MMN0917



MISSIONARY  
MEDICAL

Serving those who serve

## Разрешение на использование и разглашение психотерапевтических замечаний

ФИО человека, чья информация будет разглашена: \_\_\_\_\_

Идентификатор DMBA (ID) или Дата рождения: \_\_\_\_\_

**Кто наделен правом разглашать эту информацию:** Церковь Иисуса Христа Святых последних дней и ее дочерние структуры, включая Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) и ее деловые партнеры, любые и все остальные медицинские учреждения, включая специалистов в области психического здоровья, которые лечили меня до или после подписания этого разрешения.

### Кто наделен правом получать информацию?

1. DMBA, включая Миссионерскую медицинскую службу
2. Представители/сотрудники Департамента миссионерской работы Церкви Иисуса Христа Святых последних дней
3. Представители Высшей власти Церкви Иисуса Христа Святых последних дней
4. Мой президент миссии и его супруга
5. Руководители священства моего домашнего подразделения (такие как епископ и президент кола) и секретари, которые могут помогать моим местным руководителям священства (такие как секретарь прихода и секретарь кола)
6. Персонал офиса Центра подготовки миссионеров
7. Персонал медицинского центра для студентов УБЯ
8. Мои родители /опекуны, согласно изложенному снизу (если флажок отсутствует, предполагается ответ «Да»)

Да  Нет ФИО: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Да  Нет ФИО: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

9. Другие лица, которых я назначаю по своему усмотрению

ФИО: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**Информация, подлежащая разглашению:** Все записи моего психотерапевта, в том числе заметки (на любом носителе) медицинского работника, который является специалистом в области психического здоровья, документирующим или анализирующим беседу, состоявшуюся во время частной консультации или во время групповой, совместной или семейной консультации. Эти записи и заметки должны располагаться отдельно от остальной части моей медицинской карты.

**Цель разглашения информации:** Для общей оценки моего здоровья и пригодности к служению в качестве миссионера, а также для отслеживания и курирования моего медицинского обслуживания во время служения в качестве миссионера Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

**Дата срока истечения действия:** Данное разрешение действительно с момента подписания и до момента истечения одного года после моего возвращения с миссии, если до этого оно не будет отменено в письменной форме.

**Подпись:** Я удостоверяю, что вышеприведенные сведения истинны и полны. Я наделен правом получить копию этого разрешения. Я наделен правом отозвать это разрешение, направив письменное уведомление в DMBA по адресу: Missionary Medical, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Отзыв применим исключительно в отношении будущих действий и не применим в отношении каких-либо действий до получения другой стороной моего отзыва. Любая информация, использованная или раскрытая в соответствии с этим разрешением, может быть вновь раскрыта и соответственно перестанет быть защищенной правилами конфиденциальности.

Лечение, оплата, регистрация или право на получение соответствующей медицинской помощи не будут обусловлены наличием предоставленного мною разрешения, если иное не предусмотрено действующим законодательством. Тем не менее, я понимаю и соглашаюсь с тем, что подписанный мною отказ или мой отзыв данного разрешения могут повлиять на мое право служить или продолжать служение в качестве миссионера Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

Подпись миссионера: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

# Уведомление о конфиденциальности по медицинским вопросам

Deseret Mutual Benefit Administrators

Кому: миссионерам полного дня Церкви Иисуса Христа Святых последних дней

ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСАЕТ ТО, КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, А ТАКЖЕ ОПИСЫВАЕТ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРИГЛАШАЕМ ВАС ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С СОДЕРЖАНИЕМ ЭТОГО ДОКУМЕНТА.

Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) осуществляет координацию и руководство медицинским обслуживанием миссионеров через соответствующий Департамент миссионерской медицинской службы. DMBA представляет собой некоммерческое церковное юридическое лицо, учрежденное Департаментом миссионерской работы Церкви для осуществления данной цели. DMBA обязана подчиняться законам и правилам конфиденциальности, принятым правительством Соединенных Штатов Америки. Одно из таких требований – ознакомить вас с Уведомлением о конфиденциальности по медицинским вопросам, в котором описывается порядок использования и раскрытия информации о вашем здоровье.

## I. Понимание записей/данных о вашем здоровье

Всякий раз, когда вы посещаете поликлинику, терапевта или получаете иные услуги, связанные со здравоохранением, делается соответствующая запись. Как правило в этой записи перечисляются симптомы, результаты обследования и анализов, диагнозы, лечение и план последующего ухода. В ней также могут быть указаны почтовые и другие административные документы.

Закрытая медицинская информация (или «ЗМИ») – это любые персональные данные, которые совместно с медицинскими данными могут использоваться для идентификации личности. Эта информация может храниться или передаваться в любой форме (в бумажном, электронном, устном виде и т. д.). Вся эта информация, часто упоминаемая как ваша медицинская карта, представляет собой:

- Обоснование для планирования вашего ухода и лечения
- Способ взаимодействия среди медицинских работников, участвующих в оказании вам медицинской помощи
- Официальный документ, в котором указано, какой уход вы получаете
- Инструмент, с помощью которого вы или сторонний платательщик можете удостовериться, что услуги, за которые выставлен счет, были предоставлены
- Средство обучения медицинских работников
- Источник сведений о медицинском обследовании
- Источник информации для должностных лиц общественного здравоохранения, которым поручено следить за здоровьем населения
- Средство оценки и отслеживания оказываемой медицинской помощи и достигнутых результатов

## 2. ВАШИ ПРАВА, КАСАЮЩИЕСЯ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

Что касается той части вашей истории болезни, которая ведется DMBA, у вас есть право на:

- Просмотр и получение копии вашей медицинской карты
- Внесение поправок в вашу медицинскую карту
- Запрос ограничения на определенные виды использования и раскрытия вашей закрытой медицинской информации
- Получение отчета по раскрытию вашей закрытой медицинской информации (кроме как для целей лечения, оплаты и операций по медицинскому обслуживанию)
- Запрос своей закрытой медицинской информации другими способами или в других местах
- Отмену своего разрешения на использование или раскрытие вашей закрытой медицинской информации кроме случаев, когда действие уже выполнено

### 3. НАША ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

DMBA обязана :

- Обеспечить конфиденциальность вашей закрытой медицинской информации
- Предоставить вам уведомление о наших юридических обязанностях и порядке конфиденциальности в отношении данных, которую мы собираем и храним о вас
- Соблюдать условия этого уведомления
- Сообщить вам, если мы не можем дать согласие на запрашиваемое ограничение
- Удовлетворять разумные запросы, с которыми вы, возможно, обратитесь, чтобы передать медицинскую информацию альтернативными средствами или в альтернативных местах

Мы не будем использовать или раскрывать вашу закрытую медицинскую информацию без вашего разрешения, кроме случаев лечения, оплаты или осуществления медицинских процедур, или если это предусмотрено законом.

Мы оставляем за собой право изменить наши правила и написать новые положения, действующие в отношении всей закрытой медицинской информации, которую мы обрабатываем. В таком случае мы в письменном виде уведомим вас об изменениях.

### 4. Получение дополнительной информации или сообщение о проблеме

Если у вас возникнут какие-либо вопросы, а также если вам понадобится дополнительная информация, вы можете связаться с представителем DMBA по вопросам соответствия политики по телефону (801-578-5650 или 800-777-1647), по почте (P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA) или по факсу (801-578-5907).

Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете подать жалобу на имя представителя DMBA по вопросам соответствия политики или в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США через Управление по гражданским правам. Жалобы должны подаваться в письменном виде по почте или электронным способом. Управление по гражданским правам предоставляет полную информацию о порядке подачи жалобы на своем сайте ([www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa)). Обратите внимание на то, что при подаче жалобы не предполагается ответных мер.

### 5. Использование или раскрытие информации для лечения, производства оплаты и осуществления медицинских процедур

- **Лечение, оплата и медицинские процедуры:** мы можем использовать вашу закрытую медицинскую информацию в целях лечения, оплаты и операций по медицинскому обслуживанию. Например, информация о лечении, полученная медсестрой, врачом или другим членом обслуживающего вас медицинского персонала, будет записана в вашей медицинской карте и использована для определения наиболее подходящего для вас курса лечения. Для осуществления платежа счет может быть направлен вам или стороннему плательщику. Мы можем использовать ваши медицинские данные для осуществления медицинских процедур, а также для оптимизации или снижения расходов на здравоохранение.

### 6. Разрешенное или требуемое по закону использование или раскрытие информации

- **Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов в США (FDA):** мы наделены правом раскрывать FDA закрытую медицинскую информацию относительно негативного влияния продуктов питания, пищевых добавок, продукции и дефектов продукции или постмаркетинговых данных эпиднадзора для возможного изъятия товара, его ремонта или замены.
- **Общественное здравоохранение:** как того требует закон, мы наделены правом раскрывать вашу закрытую медицинскую информацию государственным органам здравоохранения или правоохранительным органам, которым поручено предотвращать или контролировать заболевания, травмы или инвалидность.
- **Коррекционное учреждение:** если вы становитесь заключенным исправительного учреждения, мы наделены правом раскрывать этому учреждению или его агентам закрытую медицинскую информацию, необходимую для вашего здоровья и для здоровья и безопасности других.
- **Правоохранительные органы или судебные разбирательства:** мы наделены правом раскрывать определенную закрытую медицинскую информацию в правоохранительных целях, как это требуется по закону или в ответ на вердикты суда.