



## ДОЗВІЛ НА ВИКОРИСТАННЯ Й НАДАННЯ ЗАХИЩЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Ім'я особи, про яку надаватиметься інформація

ПОВНЕ ІМ'Я	ID DMBA (ЯКЩО Є)	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
------------	------------------	-----------------

**Особи з правом надання інформації:** Церква Ісуса Христа Святих останніх днів та афілійовані з нею особи, у тому числі організація «Адміністратори каси взаємодопомоги Дезерет» (DMBA) та її ділові партнери, а також будь-які суб'єкти та/або заклади надання медичних послуг (у тому числі спеціалісти у сфері психіатрії), що здійснювали моє лікування до або після надання цього дозволу.

**Особи з правом отримання інформації:**

- DMBA, у тому числі її місіонерське медичне відділення і ділові партнери (такі як компанії Aetna, United Healthcare та їхні афілійовані партнери/постачальники/лікарі/медичні установи)
- Представники та працівники місіонерського відділення та відділу управління ризиками Церкви Ісуса Христа Святих останніх днів
- Загальні органи Церкви Ісуса Христа Святих останніх днів
- Президент місії та його дружина чи чоловік. Стосується президентів історичних об'єктів, президентів храмів, президентів інформаційних центрів і дружин чи чоловіків таких президентів
- Члени медичної ради місії
- Лідери священства за моєю адресою проживання (наприклад, єпископ і президент кола) і служителі, які можуть допомагати місцевим лідерам священства (служителі парафії та кола)
- Персонал місіонерського навчального центру
- Персонал медичного центру для учнівської та студентської молоді BYU
- Мої батьки/опікуни, як зазначено далі (за відсутності позначки вважається, що ви відповіли «так»):

Так  Ні

ПОВНЕ ІМ'Я	КИМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
ПОВНЕ ІМ'Я	КИМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ

Так  Ні

10. Інші особи, яких я вказую на власний розсуд:

ПОВНЕ ІМ'Я	КИМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
ПОВНЕ ІМ'Я	КИМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ

**Інформація, що підлягає наданню:** : Захищена медична інформація про мене. Захищена медична інформація — це інформація, що дозволяє встановити особу людини, стосується її фізичного чи психічного здоров'я у минулому, теперішньому чи майбутньому, зберігається або передається суб'єктом надання медичних послуг чи адміністратором медичної програми. До захищеної медичної інформації відносяться, крім усього іншого, медичні картки, діагнози, прогнози подальшого перебігу хвороби, лабораторні результати, інформація про лікування, лікарські засоби, заяви до страхових компаній і страхові виплати.

**Мета надання інформації:** Загальне оцінювання стану мого здоров'я та придатності служити місіонером, організація й управління процесом мого медичного обслуговування на період мого служіння місіонером Церкви Ісуса Христа Святих останніх днів.

**Строк дії:** Цей дозвіл дійсний з дати його оформлення до моменту завершення одного року після припинення моєї місії, якщо я достроково його не анулюю. Я маю право анулювати цей дозвіл, надіславши відповідне письмове повідомлення на адресу DMBA, кому: Місіонерське медичне відділення, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Дозвіл вважається анульованим з моменту отримання такого повідомлення організацією DMBA. Наслідки анулювання не поширюються на захищену медичну інформацію, яку було використано та/або надано до отримання організацією DMBA письмового повідомлення про анулювання.

**Підпис:** Цим підтверджую дійсність і повноту наведеної вище інформації. Я маю право на отримання примірника цього дозволу. Якщо відповідно до цього дозволу було використано або надано певну інформацію, вона в майбутньому може бути надана повторно і, відтак, позбавлена захисту відповідно до норм конфіденційності. Рішення про лікування, оплату, допуск до отримання чи право на отримання відповідних медичних послуг не залежатиме від того, чи я надаю цей дозвіл, за винятком передбачених законом випадків. Проте я розумію та погоджуюся з тим, що через відмову від підписання цього дозволу або через його анулювання я можу втратити право почати або продовжити служіння місіонером Церкви Ісуса Христа Святих останніх днів.

Підпис місіонера: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_



## ДОЗВІЛ НА ВИКОРИСТАННЯ Й НАДАННЯ ЗАПИСІВ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Ім'я особи, про яку надаватиметься інформація

ПОВНЕ ІМ'Я	ID DMBA (ЯКЩО Є)	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
------------	------------------	-----------------

**Особи з правом надання інформації:** Церква Ісуса Христа Святих останніх днів та афілійовані з нею особи, у тому числі організація «Адміністратори каси взаємодопомоги Дезерет» (DMBA) та її ділові партнери, а також будь-які суб'єкти та/або заклади надання медичних послуг (у тому числі спеціалісти у сфері психіатрії), що здійснювали моє лікування до або після надання цього дозволу.

**Особи з правом отримання інформації:**

- DMBA, у тому числі її місіонерське медичне відділення і ділові партнери (такі як компанії Aetna, United Healthcare та їхні афілійовані партнери/
- постачальники/лікарі/медичні установи)
- Представники та працівники місіонерського відділення та відділу управління ризиками Церкви Ісуса Христа Святих останніх днів
- Загальні органи Церкви Ісуса Христа Святих останніх днів
- Президент місії та його дружина чи чоловік. Стосується президентів історичних об'єктів, президентів храмів, президентів інформаційних центрів і дружин чи чоловіків таких президентів
- Члени медичної ради місії
- Лідери священства за моєю адресою проживання (наприклад, єпископ і президент кола) і служителі, які можуть допомагати місцевим лідерам священства (служителі парафії та кола)
- Персонал місіонерського навчального центру
- Персонал медичного центру для учнівської та студентської молоді BYU
- Мої батьки/опікуни, як зазначено далі (за відсутності позначки вважається, що ви відповіли «так»):

Так  Ні

ПОВНЕ ІМ'Я	КИМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
ПОВНЕ ІМ'Я	КИМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ

Так  Ні

- Інші особи, яких я вказую на власний розсуд:

ПОВНЕ ІМ'Я	КИМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
ПОВНЕ ІМ'Я	КИМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ

**Інформація, що підлягає наданню:** : Записи мого психотерапевта, у тому числі записи на будь-якому носіїв інформації, зроблені спеціалістом у сфері психіатрії, у яких зафіксовано або проаналізовано бесіди під час індивідуальних, групових, спільних чи сімейних консультацій, і які зберігаються окремо від решти моїх медичних документів.

**Мета надання інформації:** Загальне оцінювання стану мого здоров'я та придатності служити місіонером, організація й управління процесом мого медичного обслуговування на період мого служіння місіонером Церкви Ісуса Христа Святих останніх днів.

**Строк дії:** Цей дозвіл дійсний з дати його оформлення до моменту завершення одного року після припинення моєї місії, якщо я достроково його не анулюю. Я маю право анулювати цей дозвіл, надіславши відповідне письмове повідомлення на адресу DMBA, кому: Місіонерське медичне відділення, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Дозвіл вважається анульованим з моменту отримання такого повідомлення організацією DMBA. Наслідки анулювання не поширюються на захищену медичну інформацію, яку було використано та/або надано до отримання організацією DMBA письмового повідомлення про анулювання.

**Підпис:** Цим підтверджую дійсність і повноту наведеної вище інформації. Я маю право на отримання примірника цього дозволу. Якщо відповідно до цього дозволу було використано або надано певну інформацію, вона в майбутньому може бути надана повторно і, відтак, позбавлена захисту відповідно до норм конфіденційності. Рішення про лікування, оплату, допуск до отримання чи право на отримання відповідних медичних послуг не залежатиме від того, чи я надаю цей дозвіл, за винятком передбачених законом випадків. Проте я розумію та погоджуюся з тим, що через відмову від підписання цього дозволу або через його анулювання я можу втратити право почати або продовжити служіння місіонером Церкви Ісуса Христа Святих останніх днів.

Підпис місіонера: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_