Дозвіл на обговорення
Захищена медична інформація

Ім'я та прізвище пацієнта: _____ Дата народження: _____

Я дозволяю моєму постачальнику послуг або персоналу клінічної підтримки обговорювати мою медичну інформацію із зазначеними нижче особами й дозволяю персоналу залишати детальне повідомлення на своїх телефонах:

Ім'я: _____ Ким доводиться: _____ Номер телефону: _____

Ім'я: _____ Ким доводиться: _____ Номер телефону: _____

Ім'я: _____ Ким доводиться: _____ Номер телефону: _____

Наведені далі питання **не можна обговорювати** у зв'язку із цим документом і вимагають використання форми розкриття інформації:

- ВІЛ/СНІД
- Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)
- Зловживання алкоголем / психоактивними речовинами
- Психічне здоров'я

ПРИМІТКА: Пацієнт несе відповідальність за актуальність цієї інформації.

Ця форма діє протягом **12 місяців** із дати підписання та може бути скасована в будь-який момент.

_____ _____
(Підпис пацієнта) (Дата)

** Я розумію, що можу **відкликати / відмінити** цей дозвіл у письмовій формі в будь-який час, і такий відгук не поширюватиметься на дії, які вже були вжиті в період дії дозволу. Підписуйте лише, якщо хочете це відкликати / відмінити.

_____ _____
Підпис для відкликання дозволу Дата