

**РАДА З ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ДЕПАРТАМЕНТУ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШТАТУ ВЕРМОНТ**

108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070

Тел.: 802-6574220 / факс: 802-657-4227

Безкоштовні дзвінки у штаті Вермонт: 800-745-7371

Електронна пошта: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**ДОЗВІЛ НА РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ, НАДАНИЙ  
ОСОБИСТИМ ПРЕДСТАВНИКОМ (ПАЦІЄНТ ПОМЕР)**

**ДЛЯ ПРЕД'ЯВЛЕННЯ НА ВИМОГУ**

**ЦИМ Я УПОВНОВАЖУЮ** ВАС надати Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики (Vermont Department of Health, Board of Medical Practice) та (або) його призначеному представнику, а також Офісу Генерального прокурора всі медичні записи та всю інформацію без застережень, якою ви володієте або яку контролюєте, стосовно \_\_\_\_\_ (дата народження, \_\_\_\_\_ дата смерті \_\_\_\_\_), в усній чи письмовій формі (у т. ч. документи, надані вам іншими медичними працівниками чи установами охорони здоров'я), що стосуються будь-якого фізичного, психіатричного, психічного чи емоційного стану, травми чи захворювання, з приводу якого ви могли надавати консультації чи послуги. Цим я засвідчую, що я є особистим представником \_\_\_\_, а отже, уповноважений(-а) вчиняти ці дії.

Виключно в рамках цього конкретного дозволу на розкриття інформації, наданого Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики (Vermont Department of Health, Board of Medical Practice) та Офісу Генерального прокурора, і ні з якою іншою метою, від імені \_\_\_\_\_ цим я прямо **ВІДМОВЛЯЮСЯ** від конфіденційності та (або) будь-яких привілеїв чи імунітетів, пов'язаних із цією інформацією, відповідно до закону штату або федерального законодавства, включно з матеріалами, передбаченими Кодексом федерального законодавства 42 CFR, частина 2, і я звільняю вас від відповідальності за розголошення такої інформації Департаментові охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики (Vermont Department of Health, Board of Medical Practice) у зв'язку із моїм запитом з метою оцінки певних аспектів надання медичних послуг \_\_\_\_\_.

**ЦЕЙ ДОЗВІЛ** може бути відкликаний у будь-який час, за винятком тих випадків, коли ви вже вчинили дії на його підставі. Чинність цього дозволу припиняється (якщо його не було відкликано раніше) після остаточних дій, включно з вирішенням у судовому порядку, щодо будь-яких заходів, вжитих Радою медичної практики (Board of Medical Practice), які стосуються цієї інформації, або, якщо такі дії не вчинено, припиняється через 365 днів після сьогоднішньої дати.

**ВИ ТАКОЖ УПОВНОВАЖЕНІ** надавати інформацію в усній чи письмовій формі безпосередньо Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики (Vermont Department of Health, Board of Medical Practice) або його призначеному представнику та Офісу Генерального прокурора на постійній основі до закінчення терміну дії цього дозволу або його відкликання.

**ЗАВІРЕНА ФОТОСТАТИЧНА КОПІЯ ЦЬОГО ДОЗВОЛУ ПРИРІВНЮЄТЬСЯ ДО ОРИГІНАЛУ.**

Дата \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

Друкованими літерами

\_\_\_\_\_  
Підпис

\_\_\_\_\_  
Адреса

\_\_\_\_\_  
Місто, штат, поштовий індекс