

Повне ім'я згідно з документами:	Дата народження:	
Ім'я, якщо відрізняється від повного імені згідно з документами:		
Я надаю Службі охорони психічного здоров'я округу Клакамас (Clackamas County Behavioral Health, ССВН) дозвіл на обмін і передачу моєї інформації зазначеній нижче фізичній/юридичній особі:		
Ім'я та прізвище фізичної особи / назва юридичної особи: _____		
Телефон: _____	Факс: _____	
Адреса ел. пошти: _____		
Адреса: _____		
<input type="checkbox"/> ЗАПИТУВАННЯ даних Службою ССВН <input type="checkbox"/> ВІДПРАВКА даних Службою ССВН		
<input type="checkbox"/> Лише усний обмін даними		
<input type="checkbox"/> Взаємний обмін даними (передача інформації між сторонами за потреби)		
Як Служба ССВН може надавати дані (звичайною поштою, електронною поштою, факсом тощо): _____		
<b>Дані для обміну та/або передачі (позначте всі відповідні варіанти):</b>		
<input type="checkbox"/> Уся медична карта	<input type="checkbox"/> Дані обстежень	<input type="checkbox"/> Історія хвороби та звернень
<input type="checkbox"/> Плани лікування/догляду	<input type="checkbox"/> Рецепти	
<input type="checkbox"/> Результати лабораторних/діагностичних досліджень	<input type="checkbox"/> Стоматологічні дані	
<input type="checkbox"/> Лікарняна документація	<input type="checkbox"/> Рахунки/квитанції/страхова інформація	
<input type="checkbox"/> Коротка характеристика стану здоров'я	<input type="checkbox"/> Історія хвороби та звернень	
<input type="checkbox"/> Інше: _____		
(Необов'язковий розділ.) Передати дані за період: з _____ по _____		
	(дата)	(дата)
Перейти на наступну сторінку...		

Проставляючи свої ініціали в наведених нижче полях, я надаю дозвіл на передачу відповідних медичних даних (за наявності): **ЩОБ НАДАТИ ДОЗВІЛ НА ПЕРЕДАЧУ ДАНИХ, ПРОСТАВТЕ СВОЇ ІНІЦІАЛИ В КОЖНОМУ ПОЛІ**

(Ініціали) \_\_\_\_\_ Діагноз, лікування або скерування на лікування розладу, пов'язаного зі вживанням психоактивних речовин

(Ініціали) \_\_\_\_\_ ВІЛ/СНІД

(Ініціали) \_\_\_\_\_ Результати генетичного тестування

(Ініціали) \_\_\_\_\_ Інформація про психічне здоров'я, зокрема обстеження.  
*Психотерапевтичні записи не належать до документації про психічне здоров'я.*

**Ціль:**

Я дозволяю обмін моєю медичною інформацією або її передачу для наведених нижче цілей

\_\_\_\_\_ Координація догляду

\_\_\_\_\_ Лікування

\_\_\_\_\_ Оплата

\_\_\_\_\_ Інша ціль: \_\_\_\_\_

**Підтвердження й згода**

Я розумію, що одержувач може повторно розголосити мою інформацію за винятком випадків, коли це суперечить вимогам федерального/регіонального законодавства, або для цього потрібна моя чітка згода. Я розумію, що в разі повторного розголошення моєї інформації одержувачем правові гарантії моєї конфіденційності можуть бути втрачені. Мені відомо, що певна інформація може бути захищена федеральними законами про конфіденційність документів щодо лікування розладів, спричинених психоактивними речовинами (Звід федеральних норм і правил, т. 42 ч. 2). Така інформація не підлягає повторному розголошенню без мого письмового дозволу, за винятком випадків, коли це дозволено чи передбачено законом. Якщо мною було призначено посередника, він може повторно розголосити вповноваженим медпрацівникам інформацію про мій розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин. Я маю право вимагати від посередника список усієї переданої інформації. Мені відомо, що якщо моя медична інформація використовуватиметься або передаватиметься з метою лікування, оплати або проведення медичних операцій, одержувач може повторно її розголосити відповідно до положень про конфіденційність Закону про спадковість страхування й звітності у сфері охорони здоров'я (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Одержувачу заборонено використовувати й розголошувати мою інформацію у зв'язку із судовим, адміністративним, кримінальним чи цивільним провадженням за поданим проти мене позовом.

Перейти на наступну сторінку...

Я можу в будь-який час скасувати цей дозвіл, надіславши відповідне письмове повідомлення будь-якому співробітнику ССВН. Я розумію, що скасування не поширюватиметься на дані, вже розголошені згідно з цим дозволом. Я знаю, що мені необов'язково підписувати цей дозвіл для отримання лікування, оплати чи відповідності будь-яким встановленим критеріям.

Цей дозвіл діє протягом 1 (одного) року або до:  
(вставити дату чи подію): \_\_\_\_\_

Підпис фізичної особи /  
законного опікуна

Ім'я та прізвище  
друкованими літерами

Дата

**Надішліть цей дозвіл назад одним із зазначених способів:**

**Ел. поштою:** BHBillingandRecords@clackamas.us

**Факсом:** 503-742-5312

**Поштою:** 11211 SE 82nd Avenue, Suite O  
Happy Valley, OR 97086

**Телефоном:** 503-742-5335