Spectrum Health

သဘောတူညီချက်
အထွေထွေကုသမှုနှင့် အချက်အလက် ထုတ်ပြန်ချက်

လူနာအမည် ______________________ မွေးသက္ကရာဇ် __________ ဆေးမှတ်တမ်းနံပါတ် __________

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုကြောင်း အသိပေးချက်-
Spectrum Health သည် သက်ဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ် ပြည်သူ့အခွင့်အရေး ဥပဒေများကို လိုက်နာပြီး လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဇာတိမြစ်၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်အပေါ်အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမပြုပါ။ Spectrum Health သည် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဇာတိမြစ်၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင် သို့မဟုတ် ဥပဒေက တားမြစ်ထားသည့် အခြားမည်သည့် အခြေခံအကြောင်းရင်းတစ်စုံတစ်ရာကြောင့် လူများအား ဖယ်ထားခြင်း သို့မဟုတ် ကွဲပြားစွာ ဆက်ဆံခြင်းများ မပြုပါ။
ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည် -

- ထောက်ပံ့ပေးသူများ၊ ဘွဲ့ရဆေးကျောင်းသားများ၊ ကျောင်းသားများနှင့် Spectrum Health ၌ရှိသော အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များမှ ပေးအပ်သည့် စစ်ဆေးမှုနှင့် ကုသမှုကို သဘောတူပါသည်။ ၎င်းတွင် လူကိုယ်တိုင်ပြသမှု၊ အဖွဲ့လိုက်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လာရောက်ပြသမှု၊ နည်းပညာဆက်သွယ်ရေးဖြင့် ဆေးကုခြင်း၊ ဗီဒီယိုရိုက်ကူးခြင်း၊ ဓါတ်ပုံရိုက်ခြင်းနှင့် အသံပိုင်းဆိုင်ရာ စက်ပစ္စည်းများ ပါဝင်နိုင်သည်။ ဤကိရိယာများကို ရောဂါကုသရန်/ရောဂါဖော်ထုတ်ရန် သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ သိပ္ပံနည်းကျနှင့်/သို့မဟုတ် တစ်ကိုယ်ရေ ဘေးအန္တရာယ်ကင်းရှင်းရေးအတွက် ပြုလုပ်သွားမည့် ခွဲစိတ်ကုသမှုများအတွက် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။
- ထောက်ပံ့ပေးသူသည် ကျွန်ုပ်၏ဘဝ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအတွက် အကျိုးရှိစေရန် ကျွန်ုပ်နှင့်/သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ စောင့်ရှောက်မှုကို ပြောင်းလဲနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ဤနေရာသို့ ကလေးမွေးဖွားရန် ရောက်ရှိလာပါက ထောက်ပံ့ပေးသူနှင့် အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များမှ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးကို စောင့်ရှောက်မှု ပေးနိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် အဖွဲ့လိုက်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လာရောက်ပြသမှုတွင် ပါဝင်နေပါက ဤလာရောက်ပြသမှုကို အခြားလူနာများနှင့်အတူ လာရောက်ပါမည်။ ဤလာရောက်ပြသမှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်နှင့်ပတ်သက်သည့် တစ်ကိုယ်ရေအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်၏ထောက်ပံ့ပေးသူမှ အခြားသူများအား မျှဝေပေးနိုင်သည်။

ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ထားသည်မှာ -

- ကျွန်ုပ်သည် မေးခွန်းများ မေးမြန်းသွားမည်။
- ကျွန်ုပ်၏ကုသမှု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှု၏ ရလဒ်များနှင့် ပတ်သက်၍ မည်သူမျှ ကတိမပေးပါ သို့မဟုတ် အာမမခံပါ။ ဆေးကုသမှုနှင့် ခွဲစိတ်ကုသမှုတို့မှာ စေ့စပ်တိကျသည့် သိပ္ပံပညာရပ် မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် သိရှိထားပါသည်။ Spectrum Health ၌ ကျွန်ုပ်၏ကုသမှု သို့မဟုတ် စစ်ဆေးမှု၏ ရလဒ်ကြောင့် ကျွန်ုပ်ကို မည်သည့်အာမခံချက်မှ ပေးမထားပါ။
- ကျောင်းသားများနှင့် ဝန်ထမ်းများသည် ကျွန်ုပ်ကို လာရောက် တွေ့ဆုံနိုင်ပြီး သင်ကြားရေး သို့မဟုတ် သုတေသနဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းကို ကြည့်ရှုနိုင်သည်။
- ဝန်ထမ်းမှ ကျွန်ုပ် မည်သူဖြစ်ကြောင်းကို နစ်ကြိမ်စစ်ဆေးမည်။ ၎င်းတို့မှ ကျွန်ုပ်လုပ်ဆောင်ထားသည်များကို မေးမြန်းမည်။ ယင်းမှာ ကျွန်ုပ်ကို ကာကွယ်ရန် ဖြစ်သည်။
- အချို့ထောက်ပံ့ပေးသူများနှင့် ဝန်ထမ်းများမှာ Spectrum Health ၏ အလုပ်သမားများ မဟုတ်ကြပါ။ ၎င်းတို့၏စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် အခြားလုပ်ဆောင်မှုများ အတွက် Spectrum Health တွင် တာဝန်မရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ထားပါသည်။ ၎င်းတို့မှ ကျွန်ုပ်အား Spectrum Health တည်နေရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးသော်လည်း ကျွန်ုပ်သည် ၎င်းတို့ထံမှ သီးခြားငွေတောင်းခံလွှာများ ရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အာမခံချက်နှင့် ပတ်သက်သည့် မေးမြန်းမှုများကို ဖြေဆိုရန် ၎င်းတို့၏ရုံးများနှင့် လက်တွဲလုပ်ဆောင်သွားပါမည်။
- ကျွန်ုပ်၏စောင့်ရှောက်မှုတွင် ကူညီပေးနေသူတစ်ဦးအား ကျွန်ုပ်၏ သွေး သို့မဟုတ် သွေးရည်များနှင့် ထိတွေ့ခဲ့ပါက ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့ပေးသူများအား ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်မပါဘဲ ကျွန်ုပ်၏သွေးကို HIV (AIDS ပိုးရပ်စ်) သို့မဟုတ် အသည်းရောင်ရောဂါ စစ်ဆေးရန် မီချီဂန်ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားပါသည်။
- Spectrum Health ငွေကြေးအထောက်အပံ့ဆိုင်ရာ သတ်မှတ် အရည်အချင်းပြည့်မီရေး မူဝါဒ မိတ္တူတစ်စောင်ကို တောင်းဆိုပါက မှတ်ပုံတင်နယ်မြေများ အားလုံးနှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုဒ် www.spectrumhealth.org တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။
- Spectrum Health သည် ကျွန်ုပ်၏ထောက်ပံ့ပေးသူ၊ အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များ သို့မဟုတ် ဝန်ထမ်းများအပေါ် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ကျားမဖြစ်တည်မှု၊ နိုင်ငံဇာတိမြစ်၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်၊ ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသဥပဒေက တားမြစ်ထားသည့် အခြားမည်သည့် အခြေခံအကြောင်းရင်းတစ်စုံတစ်ရာကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို လုံးဝသည်းခံမည်မဟုတ်ပါ။
- ကျွန်ုပ်၏အခြေအနေမှာ အထူးကျွမ်းကျင်သူတစ်ဦးထံသို့ လွှဲပြောင်းရန် လိုအပ်ပါက ထောက်ပံ့ပေးသူအား ကျွန်ုပ် ရွေးချယ်နိုင်မည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ထားပါသည်။ Spectrum Health မှ ကျွန်ုပ် ရွေးချယ်သည့် ထောက်ပံ့ပေးသူအား ဆက်သွယ်သွားရန် ကျွန်ုပ်တွင် အခွင့်အလမ်းတစ်ရပ်ရှိသည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တွင် ဦးစားပေးမရှိလျှင် Spectrum Health ၏ "အသင့်တာဝန်ထမ်းဆောင်ရေး" စာရင်းမှ သီးခြားထောက်ပံ့သူတစ်ဦးထံ ဖုန်းဆက်သွားမည်ဖြစ်သည်။ ဤထောက်ပံ့ပေးသူသည် ကျွန်ုပ်၏အာမခံအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်သည်ဖြစ်စေ မပါဝင်သည်ဖြစ်စေ ဤထောက်ပံ့ပေးသူမှ ပေးအပ်သော ကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံခြင်းကို ကျွန်ုပ်၏ အာမခံကုမ္ပဏီအား ခွင့်ပြုထားသည်။
- ဤသဘောတူညီချက်သည် ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့မှစ၍ တစ် (1) နှစ်တိတိ တရားဝင်သည်။

ကျွန်ုပ်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ -

- SPECTRUM HEALTH သည် ကျွန်ုပ်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အောက်ပါတို့ထံသို့ ထုတ်ပေးနိုင်သည် -
  - ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေး ရရှိနေသော ဝန်ဆောင်မှုများ ငွေပေးချေမှုအတွက် အာမခံကုမ္ပဏီများ၊ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များနှင့် ကြီးကြပ်သူများထံသို့။
  - Medicare နှင့် Medicaid ကဲ့သို့ သို့မဟုတ် ဥပဒေအရ လိုအပ်သည့် အစိုးရအေဂျင်စီများသို့။
  - ကျွန်ုပ်၏ ယခု သို့မဟုတ် အနာဂတ် စောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်သည့် ကျွန်ုပ်၏ထောက်ပံ့ပေးသူများနှင့် အခြားသူများသို့။
  - မှတ်တမ်းများမှာ ကျွန်ုပ်၏အလုပ်ရှင်မှ ပေးချေသည့် စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်နေလျှင် သို့မဟုတ် ဥပဒေအရခွင့်ပြုထားသည့် အခြားရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏အလုပ်ရှင်ထံသို့။
  - ကျွန်ုပ်၏ငွေတောင်းခံလွှာအားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းပေးချေရန် တာဝန်ရှိသူတစ်ဦး သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုသို့။

တစ်ဘက်သို့ ➔

DO NOT MARK BELOW THIS LINE BARCODE ZONE DO NOT MARK BELOW THIS LINE

X18623

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

ကျွန်ုပ်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ - *(ဆက်ရန်)*

- Spectrum Health မှ ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ဓာတ်ပုံကို ရိုက်ယူနိုင်ပြီး ၎င်းအား ကျွန်ုပ်၏အီလက်ထရွန်နစ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းတွင် သိမ်းထားရန် သဘောတူထားပါသည်။ Spectrum Health သည် လူနာအတွေ့အကြုံ တိုးတက်လာရေး ရည်မှန်းချက်ဖြင့် ဤဓာတ်ပုံကို မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားရန် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ထားပါသည်။
- Spectrum Health မှ ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ပြည်နယ်ဥပဒေ၊ ဖက်ဒရယ်ဥပဒေနှင့် မူဝါဒများအရ သိမ်းဆည်းသွားမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အီလက်ထရွန်နစ်နည်းပညာအရ သိမ်းဆည်းထားနိုင်ကြောင်းနှင့် အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့ပေးသူများနှင့်/သို့မဟုတ် ငွေပေးချေသူများထံသို့ အီလက်ထရွန်နစ်နည်းပညာအရပေးပို့မည် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ထံမှ လက်ခံရယူသွားမည် ဖြစ်ကြောင်းလည်း နားလည်ထားပါသည်။ ယင်းတွင် ကျွန်ုပ်၏ရောဂါရှာဖွေမှု (ကျွန်ုပ်တွင် မည်သည့်တို့ ဖြစ်နေကြောင်း)၊ ကုသမှုများ (ကျွန်ုပ် ပိုမိုကောင်းမွန်လာရန် ကျွန်ုပ်တို့ မည်သည့်တို့ လုပ်ဆောင်နေကြောင်း) နှင့် ဆေးဝါး သို့မဟုတ် ဆေးညွှန်းအချက်အလက်များ ပါဝင်ပါသည်။ ယင်းတွင် ကျွန်ုပ်၏ စိတ်ကျန်းမာရေး၊ (HIV ကဲ့သို့) ကူးစက်တတ်သော ရောဂါများနှင့် မူးယစ်ဆေးဝါး သို့မဟုတ် အရက်သေစာသုံးစွဲမှု စွဲလန်းခြင်းရောဂါကဲ့သို့ အခြားပြဿနာများနှင့် ပတ်သက်၍ အသေးစိတ်အချက်အလက်များလည်း ပါဝင်နိုင်ပါသည်။
- အချို့ကိစ္စများတွင် Spectrum Health အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးဌာနကဲ့သို့ အေဂျင်စီတစ်ခုထံ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ အစီရင်ခံတင်ပြရန် ဥပဒေအရ လိုအပ်ပါသည်။ ယင်းတွင် HIV၊ TB နှင့် အခြားရောဂါများနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်အား အခြားဌာနတစ်ခုသို့ ပြောင်းရွှေ့ပါက Spectrum Health ၏ ထောက်ပံ့ပေးသူများ/ဘွဲ့ရဆေးကျောင်း သားထောက်ပံ့ပေးသူများသည် ကျွန်ုပ်၏ စောင့်ရှောက်မှုအား နောက်ဆက်တွဲ စစ်ဆေးကြည့်ရှုရန်နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သုတေသနအတွက် အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများကို ရရှိနိုင်ပါသည်။

ကိုယ်ရေးလုံခြုံရေး သတိပေးချက်

- ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေးမှ ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရရှိသည့်အခါ ကျွန်ုပ်တွင် အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်များ ရှိပါသည်။ Spectrum Health သည် ကျွန်ုပ်အား ၎င်း၏ကိုယ်ရေးလုံခြုံရေး သတိပေးချက်ကို ပေးခဲ့ပြီး ကျွန်ုပ်တွင် သတိပေးချက်ပါ အချက်အလက်များနှင့်ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးမြန်းခွင့် ရရှိခဲ့ပါသည်။

တန်ဖိုးရှိပစ္စည်းများ

- Spectrum Health အနေနှင့် ၎င်း၏လူနာများအား တန်ဖိုးရှိ ပစ္စည်းများကို အိမ်တွင် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များနှင့်အတူ ထားရှိစေလိုပါသည်။ Spectrum Health သည် ကျွန်ုပ်၏ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းကို ကာကွယ်ပေးရန် တာဝန်မရှိဆိုသည်ကို ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။

လူနာအခွင့်အရေးများနှင့် မကျေနပ်ချက်များ

- ကျွန်ုပ်သည် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်းကို ကြောက်စရာမလိုဘဲ စိုးရိမ်မှု သို့မဟုတ် တိုင်ကြားမှုတစ်ခုကို တင်ပြနိုင်ကြောင်း နားလည်ထားပါသည်။ သို့သော် ကျွန်ုပ်၏စိုးရိမ်မှုကို လျင်မြန်စွာ သို့မဟုတ် ဖြစ်နိုင်ပါက ခုနစ် (7) ရက်အတွင်း ဖြေရှင်းနိုင်ရန် အားထုတ်ရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တွင် လူနာတစ်ဦးအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်၏အခွင့်အရေးများနှင့် ပတ်သက်၍ မေးမြန်းစရာများရှိပါက ကျွန်ုပ်သည် လွတ်လွတ်လပ်လပ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။ ခေါ်ဆိုရမည့် ဖုန်းနံပါတ်မှာ 269.983.8724 (Spectrum Health Lakeland) သို့မဟုတ် 855.613.2262 (အခြား Spectrum Health တည်နေရာများအားလုံးအတွက်) ဖြစ်သည်။

ဖုန်းခေါ်ဆိုရန် သဘောတူညီခြင်း

- ကျွန်ုပ်သည် Spectrum Health ကို နေအိမ်နှင့်/သို့မဟုတ် ဆယ်လူလာ တယ်လီဖုန်း နံပါတ်များနှင့် အီးမေးလ်လိပ်စာ တစ်ခုပေးထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Spectrum Health နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်း၏အေးဂျင့် / တတိယကြားခံအဖွဲ့များမှ အလိုအလျောက်ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုနှင့်/ သို့မဟုတ် ကြိုတင်အသံသွင်းထားသည့် တယ်လီဖုန်း ခေါ်ဆိုမှုများ၊ စာသားမက်ဆေ့ချ်များနှင့်/ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များ လက်ခံရရှိရန် သဘောတူပါသည်။ ဤဆက်သွယ်မှုများတွင် ကျသင့်ငွေတောင်းခံခြင်း ပါဝင်နိုင်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ဖုန်းဝန်ဆောင်မှုပေးသူ(များ) မှ တောင်းခံသည့် ဆက်သွယ်ရေးစရိတ်များအတွက် တာဝန်ရှိသည်။ ကျွန်ုပ်သည် "ဖုန်းခေါ်ဆိုရန် သဘောတူညီချက်" မပေးလျှင်ပင် တူညီစွာ ဆက်ဆံခံရနိုင်ပါသေးသည်။

ငွေပေးချေခြင်းနှင့် ကျသင့်ငွေတောင်းခံချက် လက်ခံရရှိရန် ခွင့်ပြုထားခြင်း

- Spectrum Health အား တတိယကြားခံအဖွဲ့နှင့် ကျွန်ုပ်ထံမှ ငွေပေးချေမှု တောင်းဆိုရန် ခွင့်ပြုထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Spectrum Health အား ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား တတိယကြားခံအဖွဲ့တစ်ခုခုမှ အကျိုးခံစားခွင့်များ ကောက်ခံရန် ခွင့်ပြုပေးထားပြီး ကျွန်ုပ်နှင့်/သို့မဟုတ် Spectrum Health အား ပေးချေရမည့် ချက်လက်မှတ်များကို အတည်ပြုပေးပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကုသမှုအတွက် ပေးချေရန်တာဝန်ရှိသော အာမခံကုမ္ပဏီတစ်ခုခုအား ပေးထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် Spectrum Health ကို ငွေပေးချေရန် ခွင့်ပြုထားပါသည်။ အာမခံနှင့်အကျုံးမဝင်သည့် ငွေတောင်းဆိုမှုတစ်ခုခုအတွက် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ထားပါသည်။
- ခွင့်ပြုထားသော Medicare အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်ပေးချေရမည့် ငွေကို Spectrum Health သို့မဟုတ် ၎င်း၏ဌာနများမှ ကျွန်ုပ်ကို ထောက်ပံ့ပေးသော ဝန်ဆောင်မှုတစ်စုံတစ်ရာအတွက် (ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား) Spectrum Health ကို ပေးချေရန် တောင်းဆိုထားသည်။
- ပေးချေရမည့်အချိန်တွင် ကျွန်ုပ်ငွေစာရင်းမှ မပေးချေခဲ့ပါက ဆေးရုံအနေနှင့် ရှေ့နေတစ်ဦးနှင့်/သို့မဟုတ် ငွေကောက်ခံရန်အတွက် ငွေကောက်ခံရေး အေဂျင်စီတစ်ခု ငှားရမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။ ပေးရန်ရှိသည့် ငွေကြေးပမာဏကောက်ခံခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် ကုန်ကျစရိတ်များ၊ ငွေတောင်းခံမှုများနှင့် ဝန်ဆောင်ခများအတွက် ဆေးရုံကို ကုန်ကျစရိတ်ပြန်လည်ပေးချေရန် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်ရှိသည်။ ယင်းတွင် ကျိုးကြောင်းသင့်လျော်သောအတိုးနှုန်း၊ တရားစွဲမှု ဖြစ်ရာတွင် တရားရေးရာကုန်ကျစရိတ်နှင့် ကျိုးကြောင်းသင့်လျော်သော ရှေ့နေခများနှင့်/သို့မဟုတ် အကြွေးရာခိုင်နှုန်းပေါ်မူတည်သည့် အခကြေးငွေများအပါအဝင် ကျိုးကြောင်းသင့်လျော်သော ငွေကောက်ခံရေးအေဂျင်စီ အခကြေးငွေများဟုသာ သတ်မှတ်ထားခြင်းမဟုတ်ဘဲ အခြားအရာများ ပါဝင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်တို့အား သင်၏အာမခံကုမ္ပဏီမှ ငွေတောင်းခံမှု မပြုလုပ်စေလိုပါက သင့်အနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုရရှိချိန်တွင် ကျွန်ုပ်တို့ထံကို အကြောင်းကြားရပါမည်။

စာမျက်နှာ 3 သို့ဆက်ရန် ➔

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

လူနာအမည် ______________________ မွေးသက္ကရာဇ် ____________ ဆေးမှတ်တမ်းနံပါတ် ____________

တာဝန်ပေးအပ်ခြင်း

- ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့အတွက် Spectrum Health ကို တာဝန်ပေးအပ်သည် -
  - Spectrum Health ရှိ ကျွန်ုပ်၏စရိတ်များနှင့် ပတ်သက်၍ ငွေတောင်းခံရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် တတိယကြားခံအဖွဲ့တစ်ခုခုမှ ငွေကြေးတောင်းခံခွင့်နှင့် ဆွေးနွေးခွင့်အပါအဝင် အကျိုးခံစားခွင့်များအားလုံး၊ တောင်းဆိုမှုများနှင့် အခြားအခွင့် အရေးများတစ်ခုခုနှင့်အားလုံး။
  - တရားစွဲဆိုခွင့် သို့မဟုတ် တရားစွဲဆိုမှုတစ်ခုခုတွင် ကြားဝင်ဆောင်ရွက်ခွင့် သို့မဟုတ် Spectrum Health ရှိ ကျွန်ုပ်၏ စရိတ်များ ပါဝင်သည့် အရေးယူဆောင်ရွက်ခွင့်။
  - Spectrum Health ရှိ ကျွန်ုပ်၏စရိတ်များအား ပေးချေဖို့ တောင်းခံရန်အတွက် အခြားအရေးယူဆောင်ရွက်မှုတစ်ခုခု လုပ်ဆောင်ခွင့်။

တာဝန်ပေးအပ်ခြင်း *(ဆက်ရန်)*

- ဤတာဝန်ပေးအပ်ခြင်းတွင် အလုပ်ရှင်မှထောက်ပံ့ပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့် အစီအစဉ်၊ အာမခံမူဝါဒ သို့မဟုတ် ဥပဒေနှင့် စာချုပ်မှ သတ်မှတ်ပေးထားသည့် အာမခံအကျုံးဝင်မှု အပါအဝင် ပေးချေသူတစ်ဦးဦးမှ ကျွန်ုပ်၏ Spectrum Health စရိတ်များ ပေးချေမှုအား ငြင်းဆိုခြင်းကို အသနားခံနိုင်မည့် အခွင့်အရေးဟုသာ သတ်မှတ်ထားခြင်းမဟုတ်ဘဲ အခြားအရာများ ပါဝင်သည်။
- ကျွန်ုပ်အနေဖြင့်လည်း Spectrum Health ကို တာဝန်ပေးအပ်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ Spectrum Health စရိတ်များ ပေးချေမှုအား ဖြေရှင်းရန်၊ ထုတ်ပြန်ရန် သို့မဟုတ် ဆက်လက်ထားရှိရန် အခွင့်အရေးများတစ်စုံတစ်ရာနှင့် အားလုံးကို ကျွန်ုပ် လျှော့ပေါ့ပေးမည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ Spectrum Health စရိတ်များ ပေးချေမှု သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်ပြန်လည်ပေးချေမှုအား မည်သည့်နည်းနှင့်မဆို ညှိနှိုင်းပေးနိုင်မည့် အခြားအရေးယူဆောင်ရွက်မှုတစ်ခုခုကို လုပ်ဆောင်မည်ဟု ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။
- ကျွန်ုပ်အနေဖြင့်လည်း ကျွန်ုပ်၏ Spectrum Health စရိတ်များ ပေးချေမှုကို ဆက်လက်ဆောင်ရွက်ရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် Spectrum Health ကို ကျွန်ုပ်၏ လုပ်ပိုင်ခွင့်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအဖြစ် ခန့်အပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Spectrum Health အား 1974 ခုနှစ် အလုပ်သမား အငြိမ်းစားယူမှု ဝင်ငွေ ဖူလုံရေး အက်ဥပဒေအရနှင့် ကောင်းကျိုးမပြုသော အကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ စိစစ်သတ်မှတ်ခြင်းတစ်ခု အသနားခံရန်အတွက် အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုမှုတစ်ခုခုကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ရန် တာဝန်ပေးထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Spectrum Health အား အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များအားလုံး လိုက်လံဆောင်ရွက်ရာတွင် ကူညီပေးရန် သဘောတူပြီး ပူးတွဲအာမခံ၊ ပူးတွဲပေးချေမှုနှင့် အာမခံအစီအစဉ်မှ သတ်မှတ်ထားသည့် ဖြတ်တောက်မှုများကို ပေးချေရန် သဘောတူပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် Spectrum Health အား ကျွန်ုပ်၏ Spectrum Health စရိတ်များ ပြန်လည်ရရှိရေးဆိုင်ရာ အရေးယူဆောင်ရွက်မှုများ လုပ်ဆောင်ရန် ခွင့်ပြုပေးထားပြီး ညွှန်ကြားထားပါသည်။

လူနာလက်မှတ် (များ)

ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံကို ဖတ်ရှုပြီး နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ မေးခွန်းများအားလုံးကို ဖြေဆိုပေးခဲ့ပါသည်။

အချိန် ________ ☐ မနက်ပိုင်း ☐ ညနေပိုင်း နေ့စွဲ ________ လူနာလက်မှတ် ______________________________

- လူနာမှာ အသက် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် ဖော်ပြပါ အကြောင်းကြောင့် သဘောတူညီချက် မပေးနိုင်သူဖြစ်သည်

အချိန် ________ ☐ မနက်ပိုင်း ☐ ညနေပိုင်း နေ့စွဲ ________ မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ/လူနာအရေး ဆောင်ရွက်သူ/သွေးသားတော်စပ်သူ

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

SIGNATURE(S)

TIME __________ ☐ AM ☐ PM **DATE** __________ Witness ______________________________

SECOND WITNESS NEEDED FOR VERBAL CONSENT

TIME __________ ☐ AM ☐ PM **DATE** __________ Witness ______________________________