



ЗАЯВКА ПАЦИЕНТА НА ДОСТУП К ОПРЕДЕЛЁННОМУ КОМПЛЕКТУ ДОКУМЕНТОВ PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (RUSSIAN)

В некоторых случаях центр Swedish Health Services и его филиалы могут хранить клиническую документацию пациентов отдельно от больничных записей пациентов. Мы будем рады по заявке передать по факсу копию этой формы другим учреждениям. Если вам нужно больше места, чем отведено на форме запроса, вы можете приложить дополнительную страницу.

Просим переслать эту форму по одному из указанных номеров в зависимости от того, где вам предоставлялся уход:

| | |
|---|---|
| <p>Swedish Medical Center Release of Information 747 Broadway, Seattle, WA 98122 Телефон: (206) 320-3850 Факс: (206) 320-2626 Адрес электронной почты: ROI@swedish.org</p> | <p>Swedish Medical Group Телефон: (206) 320-3025 Факс: (425) 454-2935 Адрес электронной почты: smgroi-wa@cioxhealth.com</p> |
|---|---|

За этот запрос может взиматься плата.

Важно: Медицинский центр Swedish и его филиалы больше не печатают и не предоставляют номера социального страхования пациентов, если это не требуется для выставления счетов. Однако номера социального страхования могут быть включены в информацию пациентов, созданную несколько лет назад. Запрашиваемые вами документы могут иметь номер социального страхования.

Настоящим документом данное учреждение, его сотрудники, должностные лица и врачи освобождаются от какой-либо юридической ответственности или обязательств за передачу вышеуказанной информации в той степени, которая указана в настоящем документе и допускается им.

Центр Swedish Health Services и его филиалы не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности при осуществлении своих программ и мероприятий в области медицинского обслуживания.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



3600

**SWEDISH**

Patient Identification Sticker

ЗАЯВКА ПАЦИЕНТА НА ДОСТУП К ОПРЕДЕЛЁННОМУ КОМПЛЕКТУ ДОКУМЕНТОВ

ФИО пациента: _____ Дата рождения: _____

Другое используемое имя или имена: _____ Телефон: _____

Адрес пациента: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Адрес электронной почты пациента: _____

Прошу передать мои документы следующему лицу: Мне самому по указанному выше адресу
или следующему получателю

ФИО: _____ Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: _____ Факс: _____ Адрес электронной почты: _____

Прошу переслать мои документы следующим образом: С помощью MyChart Электронной почтой
На диске На бумаге По факсу**Я запрашиваю информацию из следующих учреждений:**

| Укажите больницу(ы) или ФИО медработника(ов) и (ИЛИ) | Укажите клинику(и) или ФИО медработника(ов) |
|--|---|
| | |
| | |
| | |

За период с: _____ по: _____

Информация, подлежащая передаче:

История болезни и результаты осмотра
 Протокол операции
 Диагностические отчеты (лабораторные, рентгеновские, EKG и т. д.)
 Другое (укажите): _____

Выписной эпикриз
 Отчёт отделения неотложной помощи
 Записи о выздоровлении
 Только за последние 2 года

За этот запрос может взиматься плата. Некоторые документы не могут пересылаться по MyChart.

Подпись пациента: _____ Дата: _____
(Распечатайте форму и подпишите от руки)

ФИО представителя: _____ Дата: _____

Подпись представителя: _____ Отношение к пациенту: _____
(Распечатайте форму и подпишите от руки. Включите подтверждающую документацию).