



ЗАПИТ ПАЦІЄНТА НА ДОСТУП ДО ВИЗНАЧЕНОГО НАБОРУ ДОКУМЕНТІВ PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (UKRAINIAN)

У деяких регіонах компанія Swedish та її філії можуть зберігати амбулаторні записи пацієнтів окремо від стаціонарних.

За запитом ми з радістю надішлемо факсом копію цього бланку в інші установи.

Якщо вам потрібно більше місця, ніж є у бланку заяви, ви можете докласти ще один аркуш.

Будь ласка, здайте цю форму за одною з адрес, залежно від того, де ви отримали обслуговування:

Swedish Medical Center

Release of Information

747 Broadway

Seattle, WA 98122

Телефон: (206) 320-3850

Факс: (206) 320-2626

Swedish Medical Group

Centralized Services Department

800 5th Avenue, Suite 800

Seattle, WA 98104

Телефон: (206) 320-3025

Факс: 425-454-2935

Важливо! Компанія Swedish та її філії більше не друкують та не розголошують номери соціального забезпечення клієнтів, якщо тільки це не є необхідним для виставлення рахунку. Однак номери соціального забезпечення можуть бути внесені до карт пацієнтів, що були створені кілька років тому. Записи, які ви просите надати, можуть містити ваш номер соціального забезпечення. За цей запит може стягуватися платня.

Установа, її співробітники, службовці та лікарі справжнім звільняються від будь-якої юридичної відповідальності або зобов'язання щодо розголошення вищевказаної інформації в тій мірі, як це вказано та дозволено цим документом.

Компанія Swedish Health Services та її афілійовані особи не допускають у рамках своїх програм і заходів дискримінації на підставі раси, цвіту шкіри, національного походження, статі, віку або інвалідності.

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером: 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).



3600



ЗАПИТ ПАЦІЄНТА НА ДОСТУП ДО ВИЗНАЧЕНОГО НАБОРУ ДОКУМЕНТІВ
 PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (UKRAINIAN)

Patient Identification Sticker

Прізвище: Ім'я: Друге ім'я:

Дата народження: Інші форми імені:

Поточна адреса:

Місто: Штат: Індекс: Телефон:

Попередня адреса — якщо переїжджали за останні 2 роки.

Місто: Штат: Індекс:

Прошу надіслати мої записи наступним чином:
 у вигляді паперової форми на диску MyChart електронною поштою:

Ім'я отримувача: Номер факсу:

Адреса отримувача:

Я прошу надати записи з наступної установи (установ):

лікарні (лікарень) / назва постачальника	клініки (клінік) / назва постачальника
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

За дати від: до:

Відповідний пакет: • Історія та анамнез • Звіт про операцію • Звіти про діагностику
 • Виписка з історії хвороби • Звіт ED • Записи консультацій

CD з відеозаписом діагностики (вказати дату/час):

Всі записи

Інше (вказати):

Пацієнт/особистий представник

Підпис:

_____ Дата: _____

(Ім'я друківаними літерами та підпис)

Якщо є особистий представник:

Ім'я друківаними літерами:

Опис повноважень:

Тільки для внутрішнього використання

Дата отримання: _____
 ІН перевірів: _____