

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခွင့်

လူနာအချက်အလက်

လူနာအမည်- _____ မွေးသက္ကရာဇ်- _____
 လိပ်စာ- _____ မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ စာတိုက်- _____
 ဖုန်း- _____ အီးမေးလ် (ရွေးချယ်နိုင်သည်)- _____

တောင်းဆိုထားသော ပုံစံ (တစ်ခုတည်းကိုသာ အမှန်ဖြစ်ပါ)

- ☐ စက္ကူမိတ္တူ ☐ MyChart လူနာပေါ်တယ် ☐ အီးမေးလ် ☐ ဖက်စ် ☐ စီဒီ ☐ USB ဖလက်ရှိဒရိုက်
☐ EHI တင်ပို့မှု (မှတ်ချက်- EHI တင်ပို့မှု အပိုင်းကိုကြည့်ပါ)

ပို့ဆောင်ရေးနည်းလမ်း (တစ်ခုတည်းကိုသာ ရွေးချယ်ပါ)

- ☐ မေးလ် ☐ ကောက်ကိုင်လိုက်သည် ☐ ဖက်စ် ☐ MyChart လူနာပေါ်တယ် ☐ အီးမေးလ် (ကုဒ်ဝှက်ထားသည်)
☐ အီးမေးလ် (ကုဒ်ဝှက်မထားပါ) (မှတ်ချက်- ကုဒ်ဝှက်မထားသော အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပေးပို့စေလိုပါက၊ ၎င်းသည် ခွင့်ပြုချက်မရှိသော ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုမှ အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုနိုင်ခြေကို တိုးစေပါသည်။)

အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့်/သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းအတွက် အကြောင်းပြချက် သို့မဟုတ် ရည်ရွယ်ချက်

- ☐ ဆက်လက်စောင့်ရှောက်မှု ☐ လူနာတောင်းဆိုချက် ☐ ဥပဒေ/ရှေ့နေ ☐ အာမခံ/ငွေပေးချေမှု
☐ အခြား (သတ်မှတ်ပါ)- _____

ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အောက်ပါနေရာများမှ ထုတ်ပြန်ခွင့်ပြုပါသည်-

- ☐ Owensboro ကျန်းမာရေး ဒေသဆိုင်ရာ ဆေးရုံ
☐ Owensboro ကျန်းမာရေး Muhlenberg အသိုင်းအဝိုင်းဆေးရုံ
☐ Owensboro ကျန်းမာရေး Twin Lakes ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစင်တာ
☐ Owensboro ကျန်းမာရေး ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအဖွဲ့ (ဆေးဘက်ဆိုင်ရာရုံးကို သတ်မှတ်ပါ)- _____

Owensboro Health, Inc မှထုတ်လုပ်သော EHI တင်ပို့မှုတွင် OHI အဖွဲ့အစည်းနှင့် အသိုင်းအဝိုင်းချိတ်ဆက်မှု မိတ်ဖက်အားလုံးရှိ လူနာနှင့်သက်ဆိုင်သည့် အီလက်ထရွန်းနစ်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်အားလုံး ပါဝင်မည်ဖြစ်သည်။ စာရင်းအပြည့်အစုံအတွက် လင့်ခ်ကိုကြည့်ပါ- <https://www.owensborohealth.org/epic/physicians/provider-list>

ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ရန် ခွင့်ပြုပါသည်- ☐ ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ်

☐ အောက်ကလိပ်စာကို

(ဆေးရုံအမည်၊ ဆရာဝန်၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ၊ အခြား)

လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ စာတိုက် _____
 ဖုန်း _____ ဖက်စ် _____ အီးမေးလ်လိပ်စာ _____

ထုတ်ပြန်ရမည့်အချက်အလက်များ

အောက်ပါရက်စွဲ _____ မှ _____ အထိ ထုတ်ပြန်မည့် အချက်အလက်များ
(ထုတ်ပြန်စေလိုသော မှတ်တမ်းများကို စစ်ဆေးပါ)

- ☐ ဆေးမှတ်တမ်းအကျဉ်းချုပ် (ဥပမာ- ကျန်းမာရေးနှင့် စောင့်ရှောက်မှု၊ ခွဲစိတ်ကုသမှုအစီရင်ခံစာများ၊ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုများ၊ စစ်ဆေးမှုရလဒ်များ/အစီရင်ခံစာများ၊ ဆေးရုံဆင်းခွင့်အကျဉ်းချုပ်)
- ☐ အရေးပေါ်ဌာန အစီရင်ခံစာများ ☐ ခွဲစိတ်ဆရာဝန်/လုပ်ထုံးလုပ်နည်း အစီရင်ခံစာများ ☐ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း
- ☐ X-Ray အစီရင်ခံစာ(များ) ☐ ဓာတ်ခွဲခန်း အစီရင်ခံစာ(များ) ☐ ငွေတောင်းခံခြင်း
- ☐ အခြား _____

အထူးကာကွယ်ထားသော မှတ်တမ်းများ ထုတ်ပြန်ခြင်း

အောက်ပါအချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများတွင် ပါဝင်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်- HIV/AIDS စစ်ဆေးမှု၊ မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့်/သို့မဟုတ် အရက် (ပစ္စည်း) အလွဲသုံးစားမှုရောဂါရှာဖွေခြင်း သို့မဟုတ် ကုသခြင်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါဆိုင်ရာရောဂါများ သို့မဟုတ် မျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာအချက်အလက်များနှင့် သက်ဆိုင်သည့်အချက်အလက်များ။

EHI ပို့ကုန်

- အီလက်ထရွန်းနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက် (EPHI) ဆိုသည်မှာ ဆေးမှတ်တမ်းတွင် ပါဝင်သည့် အတိုင်းအတာအထိသာ “အီလက်ထရွန်းနစ် ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေး အချက်အလက် (ePHI)” ကို ရည်ညွှန်းသည်။ WHO တွင် 45 CFR 164.501 တွင် သတ်မှတ်ထားသည့် စိတ်ကုထုံးမှတ်တမ်းများ သို့မဟုတ် အရပ်ဘက်၊ ရာဇဝတ်မှု သို့မဟုတ် အုပ်ချုပ်ရေးဆိုင်ရာ အရေးယူမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်တွင် အသုံးပြုရန် ကျိုးကြောင်းဆီလျော်စွာ စုစည်းထားသော အချက်အလက်များကို မထည့်သွင်းပါ။
- EHI တင်ပို့မှုများကို အထူးကွန်ပျူတာပရိုဂရမ်တစ်ခုကို အသုံးပြုရန် လိုအပ်နိုင်သည့် “ကွန်ပျူတာဖတ်နိုင်သောဖော်မတ်” (TSV) ဖြင့် ပေးပို့ပါမည်။

မီးဖွားမိခင်မှတ်တမ်းနှင့်ပတ်သက်သည့် အသိပေးချက်

Owensboro ကျန်းမာရေးဌာနမှာ ကလေးမွေးဖွားရင် ကျွန်ုပ်ရဲ့ ဆေးမှတ်တမ်းရဲ့ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းဟာ မွေးကင်းစ ဆေးမှတ်တမ်းရဲ့ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း ဖြစ်လာမယ်ဆိုတာ ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်

ဤခွင့်ပြုချက်သည် ချက်ချင်းအကျိုးသက်ရောက်မည်ဖြစ်ပြီး လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့မှစ၍ ရက်ပေါင်း 120 အထိ အကျိုးသက်ရောက်မည်ဖြစ်သည်။

သင့်အခွင့်အရေးများ

- အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ခွင့်ပြုခြင်းသည် မိမိဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ငြင်းဆိုမှုသည် ကုသမှုခံယူနိုင်စွမ်း၊ မည်သည့်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တွင်မဆို စာရင်းသွင်းနိုင်စွမ်း သို့မဟုတ် ငွေပေးချေမှု/အကျိုးခံစားခွင့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကိုမျှ ထိခိုက်မည်မဟုတ်ကြောင်း လက်မှတ်ထိုးရန် ငြင်းဆိုပါက ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- ဤခွင့်ပြုချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ရုပ်သိမ်းပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ရုပ်သိမ်းခြင်းကို စာဖြင့်ရေးသားရမည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်ဖြစ်ပြီး မူရင်းတောင်းဆိုချက်ကို

တင်သွင်းခဲ့သည့်နေရာသို့ ပေးပို့ရမည်။ ကျွန်ုပ်၏ ရုပ်သိမ်းခြင်းသည် လက်ခံရရှိသည်နှင့် အကျိုးသက်ရောက်မည်ဖြစ်ပြီး ဤခွင့်ပြုချက်ကို တုံ့ပြန်သည့်အနေဖြင့် ထုတ်ပြန်ပြီးသော အချက်အလက်များနှင့် သက်ဆိုင်မည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏အာမခံပေါ်လစီအောက်တွင် တောင်းဆိုမှုကို ငြင်းခုံပိုင်ခွင့်ကို ကျွန်ုပ်၏အာမခံကုမ္ပဏီအား ဥပဒေအရ ပေးအပ်ထားသည့်အတိုင်း ရုပ်သိမ်းခြင်းသည် အကျိုးမဝင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

- ကျွန်ုပ်တွင် ဤခွင့်ပြုချက်မိတ္တူကို ရယူပိုင်ခွင့်ရှိသည် (ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းအတွက် ခွင့်ပြုချက်တောင်းခံပါက လိုအပ်သည်။)
- ကျွန်ုပ်သည် အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခွင့်ပြုထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၏ မိတ္တူကို စစ်ဆေးပြီး ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။
- ဤခွင့်ပြုချက်အရ အသုံးပြုသော နှင့်/သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ထားသော အချက်အလက်များကို ဖက်ဒရယ်လျှို့ဝှက်ရေးဥပဒေ (HIPAA ဟုလည်းလူသိများသည်) မှ ကာကွယ်တော့မည်မဟုတ်ဘဲ သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို လက်ခံရရှိသူသည် ၎င်းကို ပြန်လည်ထုတ်ဖော်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

တရားဝင်ခွင့်ပြုထားသော ကိုယ်စားလှယ်

အကယ်၍ သင်သည် အရွယ်ရောက်ပြီးသူ လူနာတစ်ဦး၏ မှတ်တမ်းများကို တောင်းဆိုနေပါက အောက်ပါအချက်များနှင့် သက်ဆိုင်ပါသည်-

- 1) ကိုယ်စားလှယ်လွှဲစာ- POA (ကိုယ်စားပြုလုပ်ဆောင်ခွင့်လက်မှတ်) စာရွက်စာတမ်းမိတ္တူတစ်စောင် ပေးရမည်။
- 2) အရွယ်ရောက်ပြီးသူ ကွယ်လွန်သူ လူနာ၏ အမွေဆက်ခံသူ သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲသူ။ အမွေဆက်ခံသူ သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲသူအဖြစ် တရားသူကြီးတစ်ဦးက လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် အရည်အချင်း သို့မဟုတ် ခန့်အပ်မှုအမိန့်မိတ္တူတစ်စောင်ကို ပေးရမည်။
 - အကယ်၍ အမွေမရှိပါက၊ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာကိုယ်စားလှယ်ခန့်အပ်ကြောင်း ဖော်ပြထားသည့် တရားရုံးစာရွက်စာတမ်းများကို ပေးရမည်။
- 3) ဥပဒေရေးရာ အုပ်ထိန်းသူ- ဥပဒေရေးရာ အုပ်ထိန်းသူသည် အုပ်ထိန်းသူအဖြစ် ပေးအပ်သည့် တရားသူကြီးတစ်ဦးမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ခန့်အပ်မှုအမိန့်ကို တင်ပြရမည်။

အကယ်၍ သင်သည် အရွယ်မရောက်သေးသူ လူနာတစ်ဦး၏ မှတ်တမ်းများကို တောင်းဆိုနေပါက အောက်ပါအချက်များနှင့် သက်ဆိုင်ပါသည်-

- 1) ပူးတွဲတရားဝင်အုပ်ထိန်းမှု- မိဘသည် အုပ်ထိန်းမှုစာရွက်စာတမ်းများ ပေးရမည်။
- 2) ဥပဒေရေးရာ အုပ်ထိန်းသူ- ဥပဒေရေးရာ အုပ်ထိန်းသူသည် အုပ်ထိန်းသူအဖြစ် ပေးအပ်သည့် တရားသူကြီးတစ်ဦးမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ခန့်အပ်မှုအမိန့်ကို တင်ပြရမည်။

လက်မှတ် (ဥပဒေအရ လိုအပ်သည့်အတိုင်း)

ဤအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုပြီး နားလည်ပါသည်။ အထက်ဖော်ပြပါ စည်းကမ်းချက်များအောက်တွင် ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းအတွက် ခွင့်ပြုချက်ကို အတည်ပြုသည့် ဤစာရွက်စာတမ်းကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန် လူနာ သို့မဟုတ် လူနာကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ရန် အခွင့်အာဏာရှိသူ ဖြစ်ပါသည်။

လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____ အချိန်- _____

(လူနာ/တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်)

အကယ်၍ ဥပဒေကိုယ်စားလှယ်မှ လက်မှတ်ရေးထိုးပါက အမည်နှင့် ဆက်ဆံရေးကို ရေးပါ။

အမည်- _____ ဆက်ဆံရေး- _____