



# Affix Patient Label

ကာကွယ်ရေးဆိုင်ရာကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအား သုံးစွဲခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်းအတွက် ခွင့်ပြုချက်တောင်းခံခြင်း ဆေးမှတ်တမ်းအမှတ် (MRN) \_\_\_\_\_

လူနာအမည် - \_\_\_\_\_ မွေးသက္ကရာဇ် - \_\_\_\_\_  
နောက်ဆုံး \_\_\_\_\_ ပထမ အလယ် အတိုကောက်စာလုံး လ / နေ့ / နှစ်

လိင်စာ- \_\_\_\_\_  
လမ်း \_\_\_\_\_ တိုက် အမှတ် \_\_\_\_\_ မြို့တော် \_\_\_\_\_ ပြည်နယ် \_\_\_\_\_ စာပို့သင်္ကေတ \_\_\_\_\_

ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

အောက်ပါတို့ကို ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုချက်ပေးလိုက်သည်။

<input type="checkbox"/> ဘရွန်ဆွန်ဘက်တဲလ်ခရိစ် (Bronson Battle Creek) 300 North Ave Battle Creek, MI 49017 ဖုန်း 269-245-5851 ဖက်စ် 269-245-5875	<input type="checkbox"/> ဖီးလ်စတုန်းစင်တာ (Fieldstone Center) 165 N. Washington Ave Battle Creek, MI 49037 ဖုန်း 269-245-5851 ဖက်စ် 269-245-5875	<input type="checkbox"/> ဘရွန်ဆွန်မက်သဒစ်ဆေးရုံ (Bronson Methodist Hospital) 601 John Street Box F Kalamazoo, MI 49007 ဖုန်း 269-341-6487 ဖက်စ် 269-341-6294	<input type="checkbox"/> ဘရွန်ဆွန်လိတ်ခ်ယူးဆေးရုံ(Bronson LakeView Hospital) 408 Hazen Street Paw Paw, MI 49079 ဖုန်း - 269-657-1465 ဖက်စ် 269-657-1349
--	--	--	---

ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို အောက်ပါတို့အား ထုတ်ပေးပါရန်-

သက်ဆိုင်သူအမည် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်- \_\_\_\_\_

လိင်စာ - \_\_\_\_\_

မြို့တော်- \_\_\_\_\_ ပြည်နယ်- \_\_\_\_\_ စာပို့သင်္ကေတ \_\_\_\_\_

ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_ ဖက်စ် နံပါတ် \_\_\_\_\_

### ထုတ်ပေးသွားမည့် အချက်အလက်များ

#### ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်နေ့စွဲများ

- ဆေးရုံတက်ရောက်ခြင်းဆိုင်ရာ ဆန်းစစ်ချက်
- နှလုံးရောဂါဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ
- အတိုင်ပင်ခံများ
- ဆေးရုံဆင်းလက်မှတ် အကျဉ်း
- ကျန်းမာရေးရာဇဝင် & ကိုယ်ခန္ဓာပိုင်းဆိုင်ရာ
- ဓါတ်ခွဲခန်း မှတ်တမ်းများ
- ဆေးဝါးမှတ်တမ်းများ
- အခြား (အကြောင်းအရာနှင့် နေ့ရက်များကို ဖော်ပြပါ) \_\_\_\_\_
- အာရုံကြောဆိုင်ရာ ရောဂါရှာဖွေမှုမှတ်တမ်းများ
- ခွဲစိတ်ကုသမှုမှတ်တမ်း
- ရောဂါဗေဒမှတ်တမ်း
- ကျန်းမာရေးတိုးတက်မှုပြ မှတ်ချက်များ
- စိတ်ကျန်းမာရေးဆေးရုံတက်ရောက်ခြင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးရာဇဝင်
- ရေဒီယိုဓါတ်ရောင်ခြည်ပုံရိပ်များ- CD
- ရေဒီယိုဓါတ်ရောင်ခြည် မှတ်တမ်းများ

### ထုတ်ဖော်ပြောဆိုရသည့် ရည်ရွယ်ချက်

- သက်ဆိုင်သူတစ်ဦးဦးမှ တောင်းခံခြင်း \_\_\_\_\_
- ဆရာဝန်များ ပြောင်းလဲခြင်း
- ကျန်းမာရေးပြုစောင့်ရှောက်မှု ဆက်လက်ခံယူခြင်း
- ကိုယ်ပိုင်သုံးစွဲမှုအတွက်
- အာမခံ သို့မဟုတ် အလုပ်သမားလျော်ကြေး
- တရားရေးရာ (ဖော်ပြပါ) \_\_\_\_\_
- သုတေသန
- ကျောင်း
- အခြား (ဖော်ပြပါ) \_\_\_\_\_

ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ သုံးစွဲခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်းအတွက် အထွေထွေခွင့်ပြုချက်  
(General Authorization for Use or Disclosure of Health Information)



# Affix Patient Label

### ကျွန်ုပ်၏ ဆေးမှတ်တမ်းများတွင် ပါဝင်သော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များထုတ်ပြန်ခြင်းတို့တွင် အောက်ပါတို့ပါဝင်သည်-

- ပြဌာန်းဥပဒေနှင့် မီချီဂန် ကျန်းမာရေးဌာန နည်းဥပဒေများမှ သတ်မှတ်ထားသော ကာလသားရောဂါ၊ ဝီဘီ၊ အသည်းရောင်ရောဂါ A, B, C ၊ ခုခံအားကျဆင်းမှု ဗိုင်းရပ်စ်ဗိုင်း(HIV) ၊ HIV ရောဂါဗိုင်းရပ်စ်ဆေးခြင်းကိုသို့ ကူးစက်မှုများနှင့် ကူးစက်နိုင်သော ရောဂါများဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ။
- ခုခံအားကျဆင်းမှုရောဂါ (AIDS) ၊ AIDS ရောဂါနှင့် ဆက်စပ်နေသော ရှပ်ထွေးမှု (ARC)။
- CFR 42၊ အပိုင်း 2 ရှိ စည်းကမ်းချက်များဖြင့် ကာကွယ်ပေးထားသော အရက်သေစာသောက်စားခြင်းနှင့် မူးယစ်ဆေးဝါးအလွဲသုံးစားမှု ကုသခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ
- ကျွန်ုပ်မှ လူမှုဖူလုံရေးဝန်ထမ်း၊ ကုထုံးပညာရှင် သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါပေဒပညာရှင်တစ်ဦးဦးထံသို့ ဆက်သွယ်ထားသော ဆက်သွယ်မှုများအပါအဝင် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကုသမှုမှတ်တမ်းများ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် လူမှုရေးဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှု သတင်းအချက်အလက်များ။

### နားလည်သဘောပေါက်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုဝန်ခံခြင်း-

- ဤခွင့်ပြုချက်သည် လက်မှတ်ထိုးပြီးသည့်နေ့မှ တစ်နှစ်ပြည့်သည့်နေ့တွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ထားပါသည်။
- ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ဘရွန်ဆွန်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အဖွဲ့ (BHG) သို့ စာရေးသားပေးလို၍ ဤခွင့်ပြုချက်အား ဖျက်သိမ်းနိုင်ပါသည်။
- ဆောင်ရွက်နေဆဲလုပ်ငန်းမှတစ်ဆင့် ယင်းသည် အကြောင်းကြားသည့်နေ့တွင် စတင်အသက်ဝင်မည်ဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ဆေးမှတ်တမ်းအား ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ပေးသူတစ်ဦးအား လွှဲပေးခဲ့ပေးခဲ့ပါက ၎င်းတို့ အနေဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးမှတ်တမ်းအား ထုတ်ပြန်ခွင့်ရှိကြောင်း နားလည်ထားပါသည်။ ၎င်းတို့၏ သီးခြားစည်းကမ်းချက်များနှင့် ပတ်သက်၍ ၎င်းတို့နှင့်အတူ စစ်ဆေးကြည့်ရှုလိုအပ်ကြောင်း သိရှိထားပါသည်။
- ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ဆေးမှတ်တမ်းအပြည့်အစုံကို တောင်းဆိုခြင်းမရှိလျှင် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးမှတ်တမ်း အကျဉ်းချုပ် တစ်စောင်ကို ရရှိမည်ဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ဤပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးပါက မည်သည့်အခြေအနေမျှ ကျွန်ုပ်အပေါ်တွင် သက်ရောက်လိမ့်မည် မဟုတ်ပါ။

### မီချီဂန်ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် အကြောင်းစွဲ ပေးဆောင်ရန်လိုအပ်သည့်များမှာ-

- ကျွန်ုပ်၏မှတ်တမ်းမိတ္တူများ
- ကျွန်ုပ်မှတ်တမ်းများအား စစ်ဆေးခြင်း
- တွေ့ရှိမှုများအပေါ် အကျဉ်းချုပ်ရေးသားချက်

ဘရွန်ဆွန် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့သည် ဤအချက်အလက်များကို ဖွင့်ဟထုတ်ဖော်ခြင်းမှ အကျိုးအမြတ်ရရှိမည်မဟုတ်ပါ။

လက်မှတ်	နေ့စွဲ	အချိန်
<p>တော်စပ်မှု - <input type="checkbox"/> လူနာ <input type="checkbox"/> မိဘ <input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာ ကိုယ်စားလှယ် <input type="checkbox"/> အုပ်ထိန်းသူ</p> <p><input type="checkbox"/> ဒီပီအိုအေ-ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ရှေ့နေ၏ ကာလရှည်လုပ်ပိုင်ခွင့် (လိုအပ်သော ဒီပီအိုအေ မိတ္တူ)</p> <p><input type="checkbox"/> တရားဝင်ဆွေးနွေးတော်စပ်သူ _____ (လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ)</p>		

BHG ဝန်ထမ်းရေးရာဌာန၏ လက်မှတ်	နေ့စွဲ	အချိန်
<p><input type="checkbox"/> စာဖြင့်ပေးပို့ခြင်း <input type="checkbox"/> ကိုယ်တိုင်လာယူခြင်း <input type="checkbox"/> ဖက်စ်ဖြင့်ပေးပို့ခြင်း _____</p>		

တာဝန်မှတ်တမ်း၏ အစိတ်အပိုင်းတစ်ရပ်အဖြစ် ထိန်းသိမ်းထားရန်

ကျသင့်သော ပမာဏ-	✓ လူနာအတွက် ကျသင့်ငွေမရှိပါက
\$	

အထွေထွေ

ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ သုံးစွဲခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်းအတွက် အထွေထွေခွင့်ပြုချက် (General Authorization for Use or Disclosure of Health Information)