



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

စာရင်းသွင်းမှု သတင်းထုတ်ပြန်ခွင့် လျှောက်လွှာဖောင်

ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်မှ မှာကြားထားသည့် လုပ်ငန်းစဉ်များ၊ ဆေးရုံတက်ရောက်စောင့်ရှောက်မှု နှင့် ကုသမှု အားလုံးအား သဘောတူလက်ခံပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်သည် အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များထံမှ အကူအညီအားလည်း ရယူကောင်း ရယူပါမည်။

ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်သည် ကျွန်ုပ်၏ အသက်တာဘဝ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအတွက် အကျိုးရှိစေရန်အတွက်သာ ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအား ပြောင်းလဲမှု ပြုလုပ်ကောင်း ပြုလုပ်မည်ဖြစ်သည်။

Bronson ထံ၌ ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအား ထောက်ပံ့ပေးရန်၊ ပူးပေါင်းစီစဉ်ရန် နှင့်/သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲရန်သာ ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များ ပင်ရောက်ရယူဖို့ လိုအပ်သူများထံသို့ ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို မျှဝေပေးခွင့်ပြုသည့် အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းတစ်ခု ရှိသည်။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ဖော်ပြပါ သဘောတူလက်ခံပါသည် -

- ကျွန်ုပ်သည် မေးခွန်းများအား မေးမြန်းမည် ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး မည်သူတစ်ဦးတစ်ယောက်မျှ ကတိကဝတ်ပြုထားခြင်းများ မရှိပေ။
- တစ်ရှူးစများ၊ ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်းများ သို့မဟုတ် နမူနာများတို့အား စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်နိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် သုတေသနအတွက် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ အဆိုပါတို့အား လေးစားသမှုဖြင့် ဂရုတစိုက် ရှင်းလင်းစွန့်ပစ်မှု ပြုလုပ်မည် ဖြစ်ပါသည်။
- ကျောင်းသားများ သို့မဟုတ် ဝန်ထမ်းများသည် သင်ကြားမှု သို့မဟုတ် သုတေသနလုပ်ငန်းအတွက်သာ ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှု နှင့် ဆေး မှတ်တမ်းများအား ကြည့်ရှုကောင်း ကြည့်ရှုမည် ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်မှ သဘောတူခွင့်ပြုထားသော အခြေအနေမှလွဲ၍ ကျွန်ုပ် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ဖော်ထုတ်သိရှိနိုင်သည့် သတင်းအချက်အလက်များအား ထုတ်ဝေမှုမပြုမည် မဟုတ်ပေ။
- အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် ကလေး မီးဖွားရန်အတွက် ဤနေရာသို့ ရောက်ရှိလာခြင်းဖြစ်လျှင် ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန် နှင့် အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူများသည် ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအား စောင့်ရှောက်မှု ပေးနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ဖော်ပြပါ နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်-

- ဝန်ထမ်းများသည် ကျွန်ုပ် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း သေချာအောင် နှစ်ကြိမ်စစ်ဆေးမှု ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ် မည်သည်တို့အား ဆောင်ရွက်ထားပြီးဖြစ်ကြောင်း မေးမြန်းမည်ဖြစ်သည်။ ဤသည်မှာ ကျွန်ုပ်အား အန္တရာယ်ကင်းရှင်းစေရန်အတွက်ဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်မှ "မဟုတ်" ဟူသော သေတ္တာကွက်တွင် အမှတ်အသားပြုလုပ်ထားသော အခြေအနေမှလွဲ၍ ဆေးရုံ ဝန်ထမ်းများသည် ကျွန်ုပ်၏အမည်အား လွှင့်တင်ကောင်း လွှင့်တင်ထားမည် သို့မဟုတ် ခေါ်ဆိုကောင်း ခေါ်ဆိုမည်ဖြစ်သည်။ □ မဟုတ်
- ဝန်ဆောင်မှုများအား ကျွန်ုပ် လက်ခံရယူချိန်တွင် ကျွန်ုပ်၌ လုပ်ပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ ရှိပေသည်။ ဤအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်ထံသို့ ထောက်ပံ့ပေးထားပြီး ဖြစ်သည်။ အချို့သော ဆရာဝန်များ နှင့် ဝန်ထမ်းများသည် Bronson ၏ ဝန်ထမ်းများ မဟုတ်ကြပေ။ ဤတွင် အောက်ဖော်ပြပါတို့ပါဝင်ပေသည် -
 - ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံးပညာရှင်များ
 - ရောဂါဗေဒ ဆရာဝန်များ
 - မေ့ဆေးဆရာဝန်များ
 - အရေးပေါ်အခန်း ဆရာဝန်များ
- အဆိုပါဆရာဝန်များ၏ ဆောင်ရွက်ချက်များအတွက် Bronson ထံ၌ တာဝန်မရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် သိရှိပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွင်း ပါဝင်ကူညီပေးသူ တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် ကျွန်ုပ်၏ သွေး သို့မဟုတ် အခြားသော ခန္ဓာကိုယ်အရည်များဖြင့် ထိတွေ့ မိပါက ကျွန်ုပ်၏ သဘောတူခွင့်ပြုချက် မပါရှိဘဲ ကိုယ်ခံစွမ်းအားကျရောဂါပိုး (HIV)၊ ကိုယ်ခံအားကျရောဂါ (AIDS) ဝိုင်းရပ်စ်ပိုး စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် အခြားသော သွေးစစ်ဆေးမှုများအား ဆောင်ရွက်ကောင်း ဆောင်ရွက်သွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ ဤတွင် ဥပမာတစ်ခုမှာ အရေပြား ဖြတ်ရှုမိခြင်း ဖြစ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ လူ နှင့် ကျွန်ုပ်၏ ပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်းများအား ရှာဖွေမှု ပြုလုပ်ကောင်း ပြုလုပ်ပေးမည်။ ဤသည်မှာ သင့်ထံ၌ သင့်ကိုယ်သင် သို့မဟုတ် အခြားသူများအား ထိခိုက်စေနိုင်သည့် ပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် အရာဝတ္ထုများ ရှိနေသည်ဟု ကျိုးကြောင်းသင့်တော်စွာ ယုံကြည်ရချိန်တွင် ဖြစ်ပေါ်ကောင်း ဖြစ်ပေါ်နိုင်ပေသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့ လူနာများ နှင့် ဝန်ထမ်းများ၏ အန္တရာယ်ကင်းလုံခြုံရေးအား အလွန်ပင် အလေးအနက်ထားပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ဆေးရုံတက်ရောက်မှုအကြောင်း ကျွန်ုပ်၏ အခြေခံစောင့်ရှောက်မှု သမားတော်ထံသို့ အသိပေး အကြောင်းကြားကောင်း အကြောင်းကြားပေးမည်။

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ - Bronson အနေနှင့် ကျွန်ုပ်၏ မှတ်တမ်းများအား အောက်ဖော်ပြပါတို့ထံသို့ ထုတ်ပြန်ကောင်း ထုတ်ပြန်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည် -

- အာမခံ ကုမ္ပဏီများ၊ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ် နှင့် နှစ်နာကြေး၊ ရပိုင်ခွင့် တောင်းဆိုမှုဆိုင်ရာ စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးသူများ။
- ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန် နှင့် ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအတွင်း ပါဝင်နေသည့် အခြားသူများ။
- အကယ်၍ ဝန်ဆောင်မှုများအား ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်မှ တောင်းဆိုခြင်းဖြစ်လျှင် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်။



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

- ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာဘေလ် အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအား ပေးချေရန် တာဝန်ရှိသော မည်သူမဆို သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခု။
- Bronson ၏ အကျိုးဆောင်ရွေးနေမှုများ နှင့် အေးဂျင့်များ။
- ဤတွင် ဆေးဝါး သို့မဟုတ် အရက်သေစာ စွဲလန်းမှု၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု၊ ခုခံအားကျရောဂါပိုး (HIV) သို့မဟုတ် ဆက်နွယ်သော နာမကျန်းဖြစ်မှုများ အစရှိသည်တို့နှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် သိရှိပါသည်။

ရရှိခွင့်များ ခန့်အပ်မှု - ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိသော ပန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာ ပေးပို့နိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးများ အားလုံးအား Bronson ထံသို့ ကျွန်ုပ် ခန့်အပ်၊ ပေးအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာဘေလ်များ ပေးချေမှုနှင့် သက်ဆိုင်သော လုပ်ပိုင်ခွင့်များ အားလုံးအား Bronson ထံသို့ ကျွန်ုပ် ပေးအပ်ပါသည်။ ဆိုလိုသည်မှာ ဥပမာအားဖြင့် Bronson သည် -

- ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်များအား အာမခံ ကုမ္ပဏီများ နှင့် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များထံသို့ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။ ပေးချေမှုအား ရရှိရန် ရည်ရွယ်ချက်အတွက်မှာ အဆိုပါတို့ဖြင့် ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်မှုများ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။
- ပေးချေရန် ငြင်းဆန်မှုအား အယူခံဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်မှုအား ပြောင်းလဲခြင်းတို့ကို ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။
- ငွေတောင်းခံလွှာဘေလ်တစ်ခုအတွက် ပေးချေမှုအား ရရှိရန် တရားတဘောင်များ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ် ပါဝင်ပတ်သက်နေသော တရားစွဲဆိုမှု သို့မဟုတ် တရားရေးလုပ်ငန်းစဉ်ဆောင်ရွက်မှု တစ်ခုခုတွင် ပါဝင်ပတ်သက်နိုင်ပါသည်။
- ဤတွင် ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသည့် အားလုံးသော ကုန်ကျစရိတ်များ၊ အတိုးများ၊ ပြစ်ဒဏ်ကြေးများ နှင့် အကျိုးဆောင်ရွေးနေကြေးများတို့ကို ရယူခြင်းလည်း ပါဝင်ပေသည်။ ကျွန်ုပ်၏ Bronson ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်အတွက် ဖြေရှင်းရန်၊ ကင်းလွတ်ရန် သို့မဟုတ် ငွေကြေးများ ထိန်းသိမ်းရန် အခွင့်အရေးများ အားလုံးအား ကျွန်ုပ် စွန့်လွှတ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ Bronson ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်အတွက် ပေးချေမှုအား ညှိနှိုင်းပေးမည့် သို့မဟုတ် ပြန်လည်ပေးလျှော်ပေးမည့် ဆောင်ရွက်ချက်မှန်သမျှအား ပြုလုပ်နိုင်ခွင့်ကို ကျွန်ုပ် စွန့်လွှတ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ အခြားသော ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်များ နှင့် သဘောတူညီချက်များ -

- ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အာမခံ အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်များ တောင်းခံရယူမှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး Bronson အား ကူညီထောက်ပံ့ပေးသွားရန် သဘောတူလက်ခံပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Bronson ထံသို့ ကျွန်ုပ်၏ နေအိမ် နှင့်/သို့မဟုတ် ဆဲလ်ဖုန်း ဖုန်းနံပါတ်များအား ထောက်ပံ့ပေးထားမည် ဖြစ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် Bronson ၊ ၎င်း၏ အကျိုးဆောင်ရွေးနေမှုများ နှင့်/သို့မဟုတ် အေးဂျင့်များထံမှ ဤမည်သည့် ဖုန်းနံပါတ်များမဆိုထံသို့ ကြိုတင်အသံသွင်းထားသည့် တယ်လီဖုန်း ခေါ်ဆိုမှုများ ပြုလုပ်ခြင်းကို လက်ခံရယူရန် သဘောတူပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် Bronson ၊ ၎င်း၏ အကျိုးဆောင်ရွေးနေမှုများ နှင့်/သို့မဟုတ် အေးဂျင့်များတို့မှ ကျွန်ုပ် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် ဖုန်းနံပါတ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်လိပ်စာ တစ်ခုခုအား အသုံးပြုပြီး စာသား အမှားစကားများ နှင့်/သို့မဟုတ် အီးမေးလ်များ ပေးပို့ခြင်းကို လက်ခံရယူရန်အတွက်လည်း ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအား လက်ခံရရှိနိုင်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်အား မလိုအပ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်မှ "မဟုတ်" ဟူသော သေတ္တာကွက်ပေါ်တွင် အမှတ်အသားပြုထားသော အခြေအနေမှလွဲ၍ ကျွန်ုပ် ကလေး၏ အခြေအနေနှင့်ပတ်သက်သော နောက်ဆုံးရ အချက်အလက်များ မှန်သမျှအား _____ (ညွှန်းဆိုထားသော ဆေးရုံ) ရှိ OB မန်နေဂျာထံသို့ ဆက်သွယ်အကြောင်းကြားဖို့ Bronson အား ခွင့်ပြုရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည် မဟုတ်

ပေးချေမှုပြုရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဝတ္တရား -

- အာမခံမှ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးခြင်းမရှိသော Bronson ၏ ငွေကောက်ခံမှုများ အားလုံးကို ပေးချေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်ထံ၌ တာဝန်ရှိသည်။
- Bronson ၏ အခကြေးငွေကောက်ခံမှုများ နှင့် အာမခံမှ ပေးချေသော ပမာဏများအကြား ခြားနားချက်တစ်ခုခု ရှိကောင်း ရှိနိုင်ပေသည်။ အဆိုပါခြားနားချက်အား ပေးချေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ငွေပေးချေနိုင်စွမ်းနှင့်သက်ဆိုင်သော အာမခံ အချက်အလက်များ အားလုံး နှင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ အားလုံးအား Bronson ထံသို့ ထောက်ပံ့ပေးရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူလက်ခံပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အောက်ဖော်ပြပါတို့အတွက် တာဝန်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည် -

- အာမခံအပြင် ထပ်မံပေးချေမှုများ
- အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံပေးခြင်းမရှိသော ကုန်ကျစရိတ်ကောက်ခံမှုများ
- အကြိုနုတ်ယူဖြတ်တောက်မှုများ
- အချို့သော ဆေးဝါးများ

- အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် Bronson ဆေးရုံကုတင်တစ်လုံး၌ ရှိနေသည့်တိုင် ကျွန်ုပ်အား ပြင်ပလူနာတစ်ဦးအဖြစ် သတ်မှတ်ကောင်း သတ်မှတ်နိုင်ခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံးပညာရှင်များ၊ ရောဂါဗေဒပညာရှင် ဆရာဝန်များ၊ မေ့ဆေးဆရာဝန်များ သို့မဟုတ် အရေးပေါ်အခန်း

Patient Name:

Date of Birth:

ဆရာဝန်များထံမှ ငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်များအား လက်ခံရရှိကောင်း ရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်းကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

- အကယ်၍ ဤဘေလ်များအား အာမခံမှ အကျုံးဝင်လွှမ်းခြုံပေးခြင်း မရှိလျှင် ဤဘေလ်များအား ပေးချေရန် ကျွန်ုပ်တို့ တာဝန်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ Bronson အနေနှင့် ဤငွေတောင်းခံလွှာ ဘေလ်များအား ပေးချေရန်အတွက် တာဝန်မရှိပေ။
- Bronson ထံသို့ ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည်။

တန်ဖိုးရှိသည့်အရာများ -

- လူနာများအနေနှင့် တန်ဖိုးရှိသည့်အရာများအား နေအိမ်တွင် သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တစ်ဦးဖြင့် ချန်ထားရစ်ရန် လူနာများထံသို့ Bronson မှ တိုက်တွန်းအပ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ် ဆေးရုံတက်ရောက်ချိန်၌ ကျွန်ုပ်၏ တန်ဖိုးရှိသည့်အရာများအား လုံခြုံသော မီးခံသေတ္တာတစ်ခုတွင် အပ်နှံထားနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် သိရှိပါသည်။
- အဆိုပါ လုံခြုံသော မီးခံသေတ္တာ၌ အပ်နှံခြင်း မရှိသော တန်ဖိုးရှိပစ္စည်းများအတွက်မူ Bronson မှ တာဝန်ယူမည်မဟုတ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် သဘောတူလက်ခံပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤလျှောက်လွှာဖောင်အား ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ ရှိသော မေးခွန်းများ အားလုံးအား ဖြေကြားပေးခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာဖောင်သို့ အပြောင်းအလဲပြုလုပ်မှုများ သို့မဟုတ် အခြားသောပြောင်းလဲမှုများသည် Bronson Healthcare Group/သို့မဟုတ် ၎င်း၏ မိတ်ဖက် အဖွဲ့အစည်းများအပေါ်သို့ သက်ရောက်ချည်နှောင်မှု မရှိပေ။

လူနာ၏ လက်မှတ် - _____ နေ့စွဲ - _____ အချိန် - _____

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ် - _____ နေ့စွဲ - _____ အချိန် - _____

လူနာသို့ ဆက်နွယ်ပုံ - _____

သက်သေဖြစ်သူ၏ လက်မှတ် - _____ နေ့စွဲ - _____ အချိန် - _____

Interpreter's Statement

I have interpreted this consent form to the patient, a parent, closest relative or legal guardian.

Voice/Video Service: _____ Interpreter ID #: _____ Date: _____ Time: _____

Interpreter Name (printed): _____ Agency: _____

Interpreter Signature: _____ Date: _____ Time: _____