



ကိုယ်ပိုင်လွတ်လပ်ခွင့်မူဝါဒများ သတိပေးချက်

ဤသတိပေးချက်သည် သင်နှင့်ပတ်သက်သော ဆေးပညာဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား မည်သို့ အသုံးပြုနိုင်ပုံ၊ မည်သို့ထုတ်ဖော် သွားမည်နှင့် ဤအချက်အလက်များအား မည်ကဲ့သို့ ရယူအသုံးပြုနိုင်ပုံတို့ အကြောင်းကို ဖော်ပြထားသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ သေသေချာချာ လေ့လာပါ။

၁။ မိမိတို့သည်

ဤသတိပေးချက်သည် ဘရွန်ဆန် ကျန်းမာရေးကာကွယ်စောင့်ရှောက်သောအဖွဲ့ နှင့် ၎င်း၏ ပတ်သက်ရာ အဖွဲ့ခွဲများဖြစ်သည့် ဘရွန်ဆန် မတ်သောဒစ်စ် ဆေးရုံ၊ ဘရွန်ဆန် ဘတ်တလ်ခရိစ် ဆေးရုံ၊ ဘရွန်ဆန်လိက်စ်ဗျူးဆေးရုံနှင့် ဘရွန်ဆန်ဆောက်သ် ဟက်ပင်ဆေးရုံ တို့၏ ကိုယ်ပိုင် လွတ် လပ်ခွင့်ဆိုင်ရာမူဝါဒများကို (၄၀)အနေနှင့်ပါဝင်သည်မှာ-

- ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်ဝန်ထမ်းများအားလုံး သည် သင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းတွင် အချက်အလက်များ ထည့်သွင်းခြင်း သို့မဟုတ် ယင်းအား ကိုင်တွယ်အသုံးပြုခွင့်ရှိသည်။
- ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းဆိုင်ရာ လုပ်သားများ၊ သမားတော်ဆရာဝန် များ၊ အခြား ဆေးပညာဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်ဝန်ထမ်းများသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ နယ်ပယ်အတွင်း ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးနေချိန်တွင် သင့်နှင့် ပတ်သက်သော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များဖြစ်စေ၊ ဆေးပညာ ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်ခ မှတ်တမ်းများအားဖြစ်စေ ကိုင်တွယ်အသုံးပြုခွင့်ရှိသည်။ ("တားမြစ်ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာ အချက်အလက်")
- သင်နေမကောင်းဖြစ်နေချိန်တွင် ခွင့်ပြုထားသော ကျောင်းသူ/သား သို့မဟုတ် စေတနာ့ဝန်ထမ်းများသည် သင့်အား ကူညီနိုင်သည်။
- ဘရွန်ဆန်သည် ၎င်းနှင့် ဆက်သွယ်ထားသော အဖွဲ့အစည်းများထံသို့ ၎င်း၏ ဆေးပညာဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းတင်သည့် လျှပ်စစ်ပစ္စည်းများ အသုံးပြုမှုအား တိုးချဲ့လိုက်ပြီဖြစ်သည်။ ဆက်သွယ်ထားသော အဖွဲ့အစည်းများစာရင်းအား ဘရွန်ဆန် ၏ အင်တာနက်စာမျက်နှာတွင် သွားရောက် ကြည့်ရှုနိုင်သည်။

၂။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ပိုင်လွတ်လပ်ခွင့်ဆိုင်ရာ တာဝန်ဝတ္တရားများ

သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များသည် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာဖြစ်သဖြင့်ထို လွတ်လပ်ခွင့်အား ကာကွယ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့၌ တာဝန်ရှိသည်ကို နားလည်ပါသည်။ ထို့အပြင်ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် (PHI) အား လျှို့ဝှက်သိမ်းဆည်းရန်၊ သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့၏တရားဝင်တာဝန်များသတိပေးစာနှင့် ကာကွယ်ထားသောကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား အလေးအနက်ထားသော ကိုယ်ပိုင်လွတ်လပ်ခွင့်မူဝါဒများ ပံ့ပိုးရန်နှင့် သင်၏ လုံခြုံစွာကာကွယ်ထားသောကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ကျူးလွန်ခံရသည့် အဖြစ်အပျက်မျိုးတွင် သင့်အား အသိပေးရန် ဥပဒေအရကျွန်ုပ်တို့တွင် တာဝန်ရှိသည်။ သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့အသုံးပြု သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြောကြားသည့်အချိန်တွင် ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤသတိပေးချက် (သို့မဟုတ် ယင်းအား အသုံးပြုသည့်အချိန် သို့မဟုတ် ထုတ်ပြန်ထားသည့်အချိန်တွင် အကျိုးရှိစေသော အခြားသတိပေးချက်များ) နှင့်အညီ ဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်သည်။

ကျွန်ုပ်တို့အား သင်ပြောကြားထားခြင်းမရှိပါက သင်၏အမည်၊ အဆောက်အအုံတည်နေရာနှင့် သင်၏အထွေထွေအခြေအနေ (ကျန်းမာရေးကောင်းသည်၊ အသင့်အတင့်ရှိသည် စသဖြင့်) ကို ကျွန်ုပ်တို့လူနာများလမ်းညွှန်မှာ ထည့်သွင်းသွားမည်ဖြစ်ပြီး ဤအချက်အလက် များအား သင့်အမည်ဖြင့် တောင်းဆိုလာသည့်သူတိုင်းကို ပေးကမ်းသွားမည်ဖြစ်သည်။ သင်၏တာဝန်တရားကိုးကွယ်ယုံကြည်မှုကိုလည်း ထည့်သွင်းသွားမည်ဖြစ်ပြီး ဘုန်းတော် ကြီး သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏တာဝန်ကျဆရာတော်အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအား ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည် ဖြစ်သည်။

၃။ သင်၏ ရေးသားထားသော ခွင့်ပြုချက်မလိုပဲ အသုံးပြုနိုင်သော အရာများနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားမှုများ

အချို့သော အခြေအနေများတွင် (အောက်ဖော်ပြပါ အပိုင်း ၄ ၌ ကျွန်ုပ်တို့ဖော်ပြသွားမည့်အခြေအနေများတွင်) ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား အသုံးပြုရန်နှင့်/ သို့မဟုတ် ယင်းအား ထုတ်ဖော်ပြောကြားရန် သင့်ထံမှ

ရေးသားထားသောခွင့်ပြုချက်အား လိုအပ်သည်။ သို့သော် (အောက်ဖော်ပြပါ အပိုင်း ၄ (ဃ) တွင် ဖော်ပြထား သကဲ့သို့) ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များသည် အလွန်အမင်းပျို့ဝှက်ထားရမည့်အချက်အလက်များ မဟုတ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အား အထူးချမှတ် ထားသော ကန့်သတ်ချက်များဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကဲ့သို့ အသုံးပြုပေးခြင်းမရှိမီဆောင်ရွက်ရာတွင် အောက်ပါရည်ရွယ်ချက်များအတွက် သင်၏ ရေးသားထားသော ခွင့်ပြုချက်မလိုပဲ သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များအား အသုံးပြုပိုင်ခွင့်နှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားပိုင်ခွင့်ရှိသည်။

ကုသမှု။ သင့်အား ကုသမှုနှင့် အခြားဝန်ဆောင်မှုများ ပံ့ပိုးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်းမရှိမီဆောင်ရွက်ပါမည်။ သင်၏ ချိန်းဆိုမှုသတိပေးပြုလုပ်သူမှ ဆက်သွယ်နိုင်ရန် သင်စိတ်ဝင်စားနိုင်မည့် ကျေးမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ဖြစ်နိုင်ဖွယ်ရှိသောကုသမှုများအကြောင်း အကြံပြုပြောဆိုရန် သို့မဟုတ် သင့်အားလုံ့ဆော်ပေးနိုင်သော သုတေသနစီမံကိန်းများအားကူညီပံ့ပိုးပေးနိုင်သော အခြားနည်းလမ်းများနှင့် ဤလေ့လာမှုတွင် သင်ပါဝင်ရန် ဆန္ဒရှိမရှိ သင့်အား ဆက်သွယ်မေးမြန်း ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြော ကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

ဘရွန်ဆန်မှတစ်ပါး သင့်အား အခြားနေရာများတွင် ကုသပေးသော ဆရာဝန်များနှင့် အခြားသောဆေးဝါးကုသသူများသည် သင်၏ ကျန်းမာရေး နှင့်ပတ်သက်၍ ကုသမှုဆုံးဖြတ်ချက်များ ပြုလုပ်ရန်အတွက် အချက်အလက်အပြည့်အစုံ ရယူအသုံးပြုရမည်ဖြစ်သည်။ ဤ ဆေးဝါးကုသသူများ သည် အဆိုပါရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ဘရွန်ဆန်မှ လျှပ်စစ်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များနှင့် စာရွက်စာတမ်းများအား ရယူအသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် သင်၏ ဆေးမှတ်တမ်းနှင့် စစ်ဆေးမှုရလဒ်များအား သုံးသပ်သွားမည်ဖြစ် သည်။ အကယ်၍ သင်သည် ကုသမှုအတွက် ဘရွန်ဆန်မှ ထွက်ခွာမည်ဆိုပါက သင်၏ ဆေးဝါးကုသသူအသစ်သည် ဘရွန်ဆန်မှ သင်၏ကုသမှုမှတ်တမ်းများအား သုံးသပ်သွားမည်ဖြစ် သည်။ ထို့အပြင် ဆေးဝါးကုသသူမှ ကုသမှုနှင့်ပတ်သက်၍ သင့်အားဘရွန်ဆန် သို့ ရည်ညွှန်းမည်ဆိုပါက သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုများအား ပံ့ပိုးရန်အတွက် လျှပ်စစ်ဖြင့် မှတ်တမ်းတင်ထားသော မှတ်တမ်းများအား ရယူအသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

ငွေပေးချေမှု။ ကျွန်ုပ်တို့မှ သင့်အား ပံ့ပိုးထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေမှုရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။ ဥပမာအားဖြင့် သင်၏ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်ခများကို ပေးဆောင်ရန် စီစဉ်နေသော သို့မဟုတ် ပေးဆောင်ကြသော Medicare, Medicaid ကဲ့သို့သော ကျန်းမာရေး အာမခံကုမ္ပဏီများ၊ HMO သို့မဟုတ် အခြားသော ကုမ္ပဏီများ သို့မဟုတ် ပရိုဂရမ်ထံမှ ငွေပေးချေမှုများကို (“Your Payer”) မှတစ်ဆင့်လက်ခံရရှိ ခြင်းနှင့် တောင်းဆိုသွားမည်ဖြစ်သည်။ သင်၏အခြားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ကုသသူများသည် သင့်အား ပံ့ပိုးထားသည့်ဝန်ဆောင်မှုများ အတွက် ငွေပေးချေမှု များကို လက်ခံရန် ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်သည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် ထိုအရာများအား ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

ကျန်းမာရေးကုသမှုများ ဆောင်ရွက်ခြင်း။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား ကျန်းမာရေးကုသမှုများ ဆောင်ရွက်ပေးရန်အတွက် သင်၏ကာကွယ်ထား သော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်။ ယင်းတွင် သင့်အားပံ့ပိုးပေးထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အရည်အသွေး မြင့်မားရန်နှင့် ကုန်ကျစရိတ်သက်သာစေသော ဆောင်ရွက်မှုအမျိုးမျိုးနှင့် လုပ်ငန်းအတွင်းပိုင်းဆိုင်ရာကြီးကြပ်မှုနှင့် အစီအစဉ်ချမှတ်မည်များ ပါဝင်သည်။ ဥပမာအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ဝန်ဆောင်မှုအရည်အသွေးနှင့် ကျန်းမာရေးကုသပေးသော ကျွမ်းကျင်သူများ၏အရည်အသွေးများကို တွက်ချက်အကဲခပ်ရန် သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်။

ရန်ပုံငွေနှင့်ဆိုင်သောအဆက်အသွယ်များ။ အနာဂတ်တွင် ကျွန်ုပ်တို့၏အသက်မွေးဝမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ ဖောင်ဒေးရှင်းများ၊ ဘရွန်ဆန်ကျန်းမာ ရေးဖောင်ဒေးရှင်းများအတွက် ရန်ပုံငွေတိုးမြှင့်ကောက်ခံစုဆောင်းရန် သင့်အား ဆက်သွယ်နိုင်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့သည် အချို့သောအချက် အလက်များ (နာမည်၊ လိပ်စာ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်၊ အီးမေးလ်လိပ်စာ၊ ဝန်ဆောင်မှုရက်စွဲ(များ)၊ အသက်၊ လိင် နှင့် အာမခံအချက်အလက်များ) ကို အသုံးပြုမည်။ မတည်စုဆောင်းထားသော ငွေကြေးကိုအဖွဲ့အစည်းအား ပေးအပ်မည့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အစီအစဉ်များကို ချဲ့ထွင်ရန်နှင့် တိုးတက်စေရန် အသုံးပြုမည်။ အကယ်၍ အနာဂတ်တွင် ရန်ပုံငွေ တောင်းခံလွှာများကို လက်မခံလိုပါက ၂၆၉-၃၄၀-၈၁၀၀ မှတစ်ဆင့် ဘရွန်ဆန်ကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်းကို ဆက်သွယ်နိုင်သည်။

ဆွေမျိုးများ။ မိတ်ဆွေရင်းများနှင့် အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများအား ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်း။ ထုတ်ဖော်ပြောကြားချက်အား သင်တင်ပြသောအခါ သင့်အနေဖြင့် အတည်ပြုသတ်မှတ်ထားသော သင်၏ မိသားစုဝင်၊ အခြားဆွေမျိုးများ၊ မိတ်ဆွေရင်းများ သို့မဟုတ် အခြားတစ်စုံတစ်ယောက်ထံသို့ သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်ပြီး သို့မဟုတ် ထိုသို့မပြုလုပ်နိုင်ပါက (၁) ယင်း ထုတ်ဖော်ပြောကြားချက်နှင့်ပတ်သက်၍ သင်၏သဘောတူညီချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ရယူခြင်း သို့မဟုတ်

ကန့်ကွက် မကန့်ကွက်နှင့်စပ်လျဉ်းသည့် အခွင့်အလမ်းတစ်ရပ် ဖန်တီးပေးသွားမည် သို့မဟုတ် (၂) သင်အနေဖြင့် ထိုထုတ်ဖော် ပြောကြားချက်အား မကန့်ကွက်ဟု အကြောင်းအားလျော်စွာ ဆုံးဖြတ်သွားမည်ဖြစ်သည်။

အကယ်၍ ထိုထုတ်ဖော်ပြောကြားချက်အား သင်အနေဖြင့် မတင်ပြခြင်း သို့မဟုတ်ထိုသို့မပြုလုပ်နိုင်ပါက (ဥပမာ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ မိသားစုဝန်တစ်ဦးဦး သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူတစ်ဦးဦးထံမှ တယ်လီဖုန်း ခေါ်ဆိုမှုလက်ခံရရှိချိန်တွင်) ထုတ်ဖော်ပြော ကြားမှုအား သင်စိတ်ဝင်စားခြင်းရှိမရှိကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျွမ်းကျင်သောဆုံးဖြတ်ချက်များအရ ဆောင်ရွက်သွားမည်ဖြစ်သည်။ ထိုကဲ့သို့ အခြေအနေများပေါ်တွင် ယင်းအချက်အလက်အား ထုတ်ဖော်ပြောကြားပါက သင့်အားပြုစောင့်ရှောက်မှုနှင့် တိုက်ရိုက်ပတ်သက်သည့် ထိုပုဂ္ဂိုလ်၏ပါဝင်မှုဆိုင်ရာအချက်အလက်များကိုသာ ကျွန်ုပ်တို့မှ ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

ဥပဒေလမ်းကြောင်းအရ။ ထိုသို့လုပ်ဆောင်ရန်လိုအပ်သည့်အချိန်တွင် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ဖယ်ဒရယ်၊ မြို့နယ် နှင့် ဒေသတွင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေများအရ အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွား မည်ဖြစ်သည်။

လူထုကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းများ။ သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွား မည်မှာ - (၁) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာ၊ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုများကို ထိန်းချုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် ကာကွယ်ခြင်းရည်ရွယ်ချက်တို့အတွက် လူထု ကျန်းမာရေးတာဝန်ရှိသူများကို ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များတင်ပြရန် (၂) ထိုကဲ့သို့အစီရင်ခံစာများ လက်ခံရယူရန်ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသောအစိုးရ အာဏာပိုင်များအား ကလေးသူငယ်များလစ်လျူရှုခြင်းနှင့် နှိပ်စက်ခြင်းတို့အားတင်ပြရန် (၃)အမေရိကန်နိုင်ငံအစားအစာ နှင့် မူးယစ်ဆေးဝါးတားဆီးရေးဆိုင်ရာ ထိန်းချုပ်မှုအောက်တွင်ရှိသော ထုတ်ကုန်များ၏ အချက်အလက်များကို တင်ပြရန် (၄) ကူးစပ်နိုင်သော ရောဂါအား တွေ့ကြုံထားခဲ့သူ သို့မဟုတ် ကူးစပ်ရောဂါအား ပြန့်ပွားစေမည့် အလားအလာရှိသူတို့အား သတိပေးခြင်းနှင့် (၅) အလုပ်နှင့် ပတ်သက်၍ နာမကျန်းဖြစ်ခြင်း နှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်း သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းခွင် ဆေးပညာဆိုင်ရာ စောင့်ကြည့်မှု စသည်တို့နှင့်ပတ်သက်သော ဥပဒေများနှင့်အညီ သင်၏ဝန်ထမ်းအား အချက်အလက်များ အသိပေးတင်ပြခြင်း

ညှင်းပန်းနှိပ်စက်ခံရခြင်း၊ လစ်လျူရှုခံရခြင်း သို့မဟုတ် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်ခြင်း ခံရသူများ။ အကယ်၍သင်သည် ညှင်းပန်းနှိပ်စက်ခံ ရခြင်း၊ လစ်လျူရှု ခံရခြင်း သို့မဟုတ် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်ခြင်း ခံရသူတစ်ဦးဖြစ်သည်ဟု ယူဆရပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအကြောင်း အရာများကို စုံစမ်းစစ်ဆေးရန် အစိုးရအာဏာပိုင်များထံသို့ သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကြီးကြပ်ခြင်း လုပ်ဆောင်ချက်များ။ Medicare သို့မဟုတ် Medicaid ကဲ့သို့သော အစိုးရ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပရိုဂရမ်များ၏ ဥပဒေများနှင့် အညီ ဆောင်ရွက်ပေးရန် တာဝန်ပေးအပ်ခံရသော် နှင့် သင်၏ ကျန်းမာရေးကုသမှုများအား ကြီးကြပ်မည့် ကိုယ်စားလှယ် ထံသို့ သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

တရားမျှတခြင်းနှင့် ကြီးကြပ်ခြင်းဆိုင်ရာ လုပ်ဆောင်ချက်များ။ တရားဝင်အမိန့် သို့မဟုတ် အခြားသော ဥပဒေလမ်းကြောင်း ဆိုင်ရာများနှင့်အညီ တုန့်ပြန်ထားသည့် တရားမျှတခြင်းနှင့် ကြီးကြပ်ခြင်းဆိုင်ရာ လုပ်ဆောင်မှုများထံသို့ သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

ဥပဒေစိုးမိုးရေးအဖွဲ့အစည်းများ။ တရားရုံးအမိန့်နှင့် စပ်လျဉ်းသည့် ဥပဒေများနှင့် အညီ ရှိ သို့မဟုတ် အခြား ဥပဒေစိုးမိုးရေး အဖွဲ့အစည်းများထံ သို့ သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

သေဆုံးသူများ။ ဥပဒေအရ တာဝန်ပေးအပ်ခံထားရသော မူဝင်းစစ်ဆေးရေးအရာရှိ နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စစ်ဆေးသူများ ထံသို့ သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

ကိုယ်အင်္ဂါနှင့် တစ်သျှူးရယူခြင်း။ ကိုယ်အင်္ဂါ၊ မျက်စိ သို့မဟုတ် တစ်သျှူး ရယူခြင်း၊ အစားထိုးခြင်း လုပ်ဆောင်သည့် အဖွဲ့အစည်းများ ထံသို့ သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

ဆေးခန်းစစ်ဆေးမှုများနှင့် အခြားသော သုတေသနလုပ်ဆောင်ချက်များ။ သုတေသနစစ်ဆေးသည့်လုပ်ဆောင်ရန်အတွက် သင်တံမှ တရားဝင် လုပ်ပိုင်ခွင့်အာဏာရရှိရေး သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းဆိုင်ရာ သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်လွှတ်လတ်ခွင့်ဘုတ်အဖွဲ့မှ တရားဝင် လုပ်ပိုင်ခွင့်အာဏာသတ်မှတ်ချက်များ ရုပ်သိမ်းသောအခါ သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။ အချို့သောအခြေအနေများတွင် သုတေသနစစ်ဆေးသည့်စစ် ဆေးရေးစီမံကိန်းပြုလုပ်ရန် အတွက် သင်နှင့် တိုက်ရိုက်ပတ်သက်နေသော နာမည်နှင့်အခြားသော အချက်အလက်များမပါဝင်သည့်အချက်များကို သုတေသနပြုသူများအား သင့်ခွင့်ပြုချက်မရယူဘဲ သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ကို ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဘေးကင်းရေး။ ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး သို့မဟုတ် လူထု၏ ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဘေးကင်းရေးအား ပြင်းထန်စွာထိခိုက်နိုင် မည့်အလားအလာများအား လျော့နည်းစေရန် သို့မဟုတ် ကာကွယ်စေရန်အတွက် သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်သွားမည်ဖြစ်သည်။

အစိုးရ၏ အထူး လုပ်ဆောင်ချက်များ။ အချို့အခြေအနေများအောက်တွင် ရှိသော အမေရိကန်စစ်တပ် သို့မဟုတ် အမေရိကန် ပြည်နယ်ရေးရာဌာနများကဲ့သို့ အထူး လုပ်ဆောင်ချက်များ လုပ်ကိုင်နေသည့် အစိုးရအဖွဲ့အစည်းများကို သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

အလုပ်သမားတို့၏ နှစ်နာကြေးများ။ အလုပ်သမား နှစ်နာကြေးစောင့်ရှောက်ခြင်း နှင့် အလားတူ ပရိုဂရမ်များနှင့် ဆက်စပ်နေသော ပြည်နယ် ဥပဒေနှင့်အညီ ဖွဲ့စည်းထားသော အာဏာပိုင်များထံသို့ သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော် ပြောကြားသွားမည်ဖြစ်သည်။

၄။ သင်ရေးသား ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်သည့် အသုံးပြုမှုများနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားမှုများ

အထက်ပါ အပိုင်း ၃ တွင်ဖော်ပြထားသော ရည်ရွယ်ချက်များမှ လွဲ၍ အခြားရည်ရွယ်ချက်များအတွက် သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သင် ရေးသားခွင့်ပြုချက်ပါမှသာ အသုံးပြုမည်။

က။ ဈေးကွက်ရှာဖွေခြင်း။ HIPAA ၏ လွတ်လပ်ခွင့်စည်းမျဉ်းများအောက်တွင် ဈေးကွက်ရှာဖွေခြင်းပြုလုပ်မည့် ရည်ရွယ်ချက် များအတွက် ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်အတွက် သင်၏ရေးသားထားသော ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်သည်။ ဥပမာအားဖြင့် သင်မှခွင့်ပြုချက်မပေးပါက သို့မဟုတ် တရားဥပဒေအရ ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်ခြင်း ခွင့်ပြုထားပါက ကုသမှုများအတွက်ဖြစ်စေ၊ ခွဲစိတ်မှုများအတွက်ဖြစ်စေ၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများအတွက်ဖြစ်စေ၊ ကုသမှု ညွှန်ကြားချက်များအတွက်ဖြစ်စေ၊ ထုတ်ကုန်များ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်ဖြစ်စေ ငွေပေးချေမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့မှ လက်ခံမည်မဟုတ်ပါ။

ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံလိုက်သော ငွေပေးချေမှုသည် ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်သွယ်ရေးအတွက် အသုံးပြုလိုက်သော ကုန်ကျစရိတ်နှင့် ဆက်နွယ် နေသရွေ့ သင့်အားအသုံးပြုစေခွင့်သောဆေးဝါး သို့မဟုတ် ဇီဝဆေးများကိုပြန်လည် ဖြည့်တင်းရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှ အသိပေး ခြင်း၊ ဆက်သွယ်ပေးခြင်းများ ပြုလုပ်မည်။ ထို့အပြင် သင် ရေးသားခွင့်ပြုချက်မပါပဲ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်နှင့် မျက်နှာချင်းဆိုင် တွေ့ဆုံ ၍ ဈေးရောင်းသွားမည်ဖြစ်ပြီး တန်ဖိုးအလိုက်ပရိုမိုးရှင်းလက်ဆောင်များ ပေးအပ်ခြင်းများ ပြုလုပ်သွားမည်။

ခ။ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ရောင်းချခြင်း။ သင် ရေးသားခွင့်ပြုချက်မပါပဲ ကျွန်ုပ်တို့ သည် သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များရောင်းချမှုဆိုင်ရာ အသုံးပြုခွင့်အား ထုတ်ဖော်ပြောကြား သွားမည်မဟုတ်ပေ။

ဂ။ စိတ်ပညာကုထုံးဆိုင်ရာ မှတ်စုများ။ သင့်အား ကုသမှုပေးထားသော စိတ်ပညာဆရာဝန်မှ အသုံးပြုခြင်း၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ စိတ်ကျန်းမာရေးလေ့ကျင့်သည့် အစီအစဉ်များ၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ကိုယ်တိုင် ကာကွယ်ထားသော တရားဝင်လုပ်ဆောင်ချက်များ။

သင်လုပ်ဆောင်ချက်များအတွက်မှလွဲ၍ သင်နှင့်ပတ်သက်သော စိတ်ပညာကုထုံးဆိုင်ရာမှတ်စုများကို သင်၏ခွင့်ပြုချက်မပါပဲ အသုံးပြုမည်မဟုတ်ပါ။

ဃ။ သင်၏ အထူးလျှို့ဝှက်အချက်အလက်များအား အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားချက်များ။ အရက်နှင့်မူးယစ်ဆေးဝါးများ တာလွဲအသုံးပြုမှုဆိုင်ရာ ကုသရေးပရိုဂရမ်မှတ်တမ်းများနှင့် HIPAA မှတစ်ပါးဖွဲ့စည်းပေးထားသော သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဥပဒေများအောက် အထူးလွတ်လပ်ခွင့်ကာကွယ်မှုရရှိထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များအပါအဝင် သင်၏ (အထူးလျှို့ဝှက်အချက်အလက်များ) ဆိုင်ရာ အချို့ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအတွက် ဖယ်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေများမှ အထူးကာကွယ်စောင့်ရှောက်ပေးရန်လိုအပ်သည်။ သို့သော် ဥပဒေမရှိသည့်ပြင်ပသော ရည်ရွယ်ချက်များမှလွဲ၍ အခြားရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အထူးလျှို့ဝှက်အချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့မှ ထုတ်ဖော်ပြောကြားရန်အတွက်သင်၏ခွင့်ပြုချက်အား တောင်းခံရန် လိုအပ်သည်။

င။ သင်၏ ခွင့်ပြုချက်အား ရုတ်သိမ်းခြင်း။ ကျွန်ုပ်တို့လုပ်ဆောင်နေသောဆောင်ရွက်မှုမှတစ်ပါး သင်၏ခွင့်ပြုချက်များကို အောက်ဖော်ပြပါ လွတ်လပ်ခွင့်ထိန်းသိမ်းရေး ရုံးများသို့ ရေးသားထားသော ရုတ်သိမ်းခြင်း ထုတ်ပြန်ချက်များပေးပို့၍ ရုတ်သိမ်းနိုင်သည်။

၅။ သင်၏တစ်ဦးချင်းဆိုင်ရာ အခွင့်အရေးများ

က။ နောက်ဆက်တွဲ အချက်အလက်များ၊ စောဒကများအတွက် သင်၏ လွတ်လပ်ခွင့်ဆိုင်ရာ နောက်ဆက်တွဲ အချက်အလက်များကို လိုအပ်သည်ဖြစ်စေ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား အသုံးပြုရန် ဆုံးဖြတ်ချက်အား သဘောမတူခြင်း၊ သင်၏လွတ်လပ်ခွင့်ကို ချိုးဖောက်ခြင်းများရှိသည်ဟု ထင်မှတ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့၏လွတ်လပ်ခွင့် ထိန်းသိမ်းသော ရုံးခန်းကို ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ အမေရိကန်နိုင်ငံ၏ အခွင့်အရေး ကာကွယ်ရေးရုံး၏ ဒါရိုက်တာ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ စောဒကတက်တင်ပြမှုများ ရေးသားပေးပို့နိုင်ပါသည်။ တောင်းဆိုလိုက်ပါက လွတ်လပ်ခွင့် ထိန်းသိမ်းသောရုံးသည် ဒါရိုက်တာ၏လိပ်စာအမှန်အား သင့်ကို ပေးအပ်လိမ့်မည်။ သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့ သို့မဟုတ် ဒါရိုက်တာအား စောဒကတက် တင်ပြမှုပြုလုပ်ပါက သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့မှ တိုက်ခိုက်မည်မဟုတ်ပါ။

ခ။ ထပ်တိုးထားခြင်းများအား တောင်းဆိုနိုင်ခွင့် သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက် အလက်များဖြစ်သော - (၁) ဆေးကုသစရိတ်နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လုပ်ဆောင်ချက်များ၊ (၂) သင့်အားပြုစောင့်ရှောက်ခြင်း သို့မဟုတ် ပေးချေမှုများနှင့် ဆက်သွယ်သူများ (မိသားစုဝင်များ၊ အခြားသောဆွေမျိုးများ၊ မိတ်ဆွေရင်းများ၊ သို့မဟုတ် သင်မှ အသိအမှတ်ပြုထားသော ပုဂ္ဂိုလ်များကဲ့သို့) သို့မဟုတ် (၃) သင်ရိုနေသောနေရာနှင့် သင်၏အထွေထွေအခြေအနေများနှင့် ပတ်သက်၍ ထိုသူများအား အသိပေးခြင်း သို့မဟုတ် ကူညီပေးခြင်း စသည်တို့နှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်းဆိုင်ရာ တားမြစ်ချက်များကို မေတ္တာရပ်ခံသွားမည်ဖြစ်သည်။ အပိုထပ်ထည့်ထားသော တားမြစ်မှုများအတွက် မေတ္တာရပ်ခံတောင်းဆိုမှုများအား ကျွန်ုပ်တို့မှ ဂရုတစိုက်စဉ်းစားလုပ်ဆောင်ပေးရာတွင် ထုတ်ဖော်ပြောကြားမှုသည် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကုသမှုဆောင်ရွက်ချက်များ သို့မဟုတ် ငွေပေးချေမှုများပြုလုပ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်နှင့် သင်မှ အပြည့်အဝပေးချေထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုစရိတ်များ၊ သင့်လျော်သော အချက်အလက်များအတွက်မှလွဲ၍ သင်တောင်းဆိုထားသော တားမြစ်ချက်များပေါ် ကျွန်ုပ်တို့ ဘက်မှ သဘောတူရန် မလိုပါ။ အပိုထပ်ထည့်ထားသောတားမြစ်ချက်များကို တောင်းဆိုလိုပါက ကျွန်ုပ်တို့၏လွတ်လပ်ခွင့်ထိန်းသိမ်းသောရုံးတွင် တောင်းခံလွှာကိုရယူပြီး ပြည့်စုံစွာဖြည့်သွင်း၍ ထိုရုံးသို့ ပြန်လည် ပေးပို့ပေးပါ။ ရေးသားထားသောစာဖြင့် သင့်အား အကြောင်းပြန်ပါမည်။

ဂ။ အခြားနေရာများ သို့မဟုတ် အခြားနည်းလမ်းများဖြင့် ပြောဆိုဆက်သွယ်မှုအား လက်ခံနိုင်ခွင့် အခြားနေရာများ သို့မဟုတ် အခြားနည်းလမ်းများဖြင့် ဆက်သွယ်၍ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ပေးအပ်ရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။

ဃ။ သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ကူးယူနိုင်ခွင့် နှင့် စုံစမ်းနိုင်ခွင့် မှတ်တမ်းမိတ္တူပွားများအား စုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်းရန်နှင့် တောင်းဆိုရန်အတွက် သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့ ထိန်းသိမ်းထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများနှင့် ငွေပေးချေမှုမှတ်တမ်းများကို ကြည့်ရှုရန် သင်သည် တောင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ကန့်သတ်ထားသော အခြေအနေများတွင် သင်၏ မှတ်တမ်း၏ အချို့သော အစိတ်အပိုင်းများအား ကြည့်ရှုနိုင်ခွင့်ကို ပိတ်ပင်ထားမည်။ သင်၏ မှတ်တမ်းများအား ကြည့်ရှုခွင့်ကို အလိုရှိပါက လွတ်လပ်ခွင့်ထိန်းသိမ်းသောရုံး ထံမှ တောင်းခံလွှာကို ရယူပြီး ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ကာ တင်ပြနိုင်သည်။ မိတ္တူများအား တောင်းဆိုပါက သင့်လျော်သော ဈေးနှုန်းဖြင့် မိတ္တူကြေးပေး သွင်းရမည်။

င။ သင်၏ မှတ်တမ်းများအား မွမ်းမံပိုင်ခွင့် သင်၏ ဆေးပညာဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများနှင့် ငွေပေးချေမှုမှတ်တမ်းများတွင် ထိန်းသိမ်းထားသော သင်၏ ကာကွယ်ထားသည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်တို့မှ မွမ်းမံပေးရန် သင်မှ တောင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ သင်၏ မှတ်တမ်းများအား မွမ်းမံလိုသည်ဆိုပါက ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက် စီမံမှုဌာန (ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်း)တွင် မွမ်းမံမှု လျှောက်လွှာအား သွားရောက် ရယူပေးပါရန်။ မွမ်းမံလိုသော အချက်အလက် သည် ပြည့်စုံတိကျခြင်း သို့မဟုတ် တိကျမှုနှင့် ပြီးပြည့်စုံမှု သို့မဟုတ် အခြားသော အထူးအခြေအနေများ မရှိပါက သင်၏ တောင်းဆိုမှုအား ဖြည့်စည်းပေးပါမည်။

စ။ အသုံးပြုမှုနှင့်ပတ်သက်သည့် စာရင်းအား လက်ခံနိုင်သည့် အခွင့်အရေး တောင်းဆိုလိုက်သည့်အခါတွင် သင် တောင်းခံထားသော ခြောက်နှစ်တာအချိန်ကာလထက် မကျော်လွန်သော ကာလအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့မှ ပြုစုထားသော သင်၏ ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ရယူနိုင်သည်။ (၁၂) လတာကာလအတွင်း ဤစာရင်းအား တစ်ကြိမ်ထက်ပို၍ တောင်းဆိုမည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ထံမှ သင့်လျော်သော ငွေကြေးအား တောင်းခံမည်ဖြစ်သည်။

ဆ။ ဤ သတိပေးချက်မိတ္တူအား ရယူနိုင်သည့် အခွင့်အရေး တောင်းဆိုလိုက်သည့်အခါတွင် ဤသတိပေးချက်မိတ္တူ အား လျှပ်စစ်ပစ္စည်းဖြင့်ရယူနိုင်သည်။

၆။ ဤသတိပေးချက် အကျုံးဝင်သော နေ့စွဲနှင့် ကြာချိန်

က။ အကျုံးဝင်သော နေ့စွဲ ဤသတိပေးချက်သည် ၂၀၁၇ ခုနှစ်၊ ဇန်နဝါရီ ၁ ရက်နေ့တွင် အကျုံးဝင်သည်။

ခ။ ဤသတိပေးလွှာအား ပြောင်းလဲနိုင်ခွင့် ဤသတိပေးလွှာအား မည်သည့်အချိန်သို့မဆို ပြောင်းလဲသတ်မှတ် နိုင်သည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤသတိပေးချက်အား အပြောင်းအလဲပြုလိုက်လျက်ရှိသော်လည်းကောင်း သတိပေးစာ မထုတ်ပြန်မီထပ်ထည့် လိုက်သော အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် အသစ်များပါဝင်သော သင်၏ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက် များအား ထိရောက်သောသတိပေးခြင်းများ ပြုလုပ်မည်။ ဤသတိပေးချက်အား ကျွန်ုပ်တို့ပြောင်းလဲလိုက်ပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ အင်တာနက်စာမျက်နှာ www.bronsonhealth.com တွင် သတိပေးစာအသစ်များ တင်ပြပေးသွားမည်ဖြစ်သည်။ သင့်အနေဖြင့် လည်း မည်သည့်ဘရွန်ဆန်တည်နေရာတွင်မဆို သို့မဟုတ် လွတ်လပ်ခွင့်ထိန်းသိမ်းသောရုံးသို့ ဆက်သွယ်၍ သတိပေးစာ အသစ်များ ရယူနိုင်ပါသည်။

၇။ လွတ်လပ်ခွင့်ထိန်းသိမ်းသော ရုံး

အောက်ဖော်ပြပါ လိပ်စာများမှတစ်ဆင့် လွတ်လပ်ခွင့်ထိန်းသိမ်းသော ရုံးကို ၂၆၉-၃၄၁-၈၅၉၀ သို့မဟုတ် privacyofficer@bronsonhg.org ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

စာပို့နိုင်သည့် လိပ်စာမှာ-

ဘရွန်ဆန် လွတ်လပ်ခွင့်ထိန်းသိမ်းသော ရုံး

၆၀၁ ဂျွန်လမ်း၊ စာတိုက်ပုံးအမှတ် ၅၀

ကာလမလူး၊ မီရှီဂန် ၄၉၀၀၇



Affix Patient Label

၂၀၁၇၊ ဇန်နဝါရီ ၁ ရက်နေ့တွင် အကျုံးဝင်သော ဘရွန်ဆန် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သည့်အဖွဲ့၏ သတိပေးချက်မိတ္တူတစ်စောင်အား လက်ခံရရှိပါကြောင်းဖော်ပြရန် အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပါ။

နာမည် - _____

မွေးသက္ကရာဇ် - _____

လက်မှတ် - _____

နေ့စွဲ - _____

လူနာမဟုတ်ပါက တော်စပ်ပုံ - _____

အသိသက်သေ - _____ နေ့စွဲ/အချိန် - _____
ဆောင်ရွက်မှု -
_____ ပံ့ပိုးထားပြီး၊ လူနာမှ လက်မှတ်ထိုးရန် ငြင်းဆိုခြင်း
_____ လူနာမှ အရင်ကတည်းက လက်မှတ်ထိုးထားခြင်းအား ရည်ညွှန်းပြောဆိုသည်။
_____ အခြား - _____