



ရုံးအတွက်အသုံးပြုရန်သာ

Affix Patient Label or MRN: _____

ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအား အသုံးပြုမှုနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုမှုကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုချက် တောင်းဆိုမှု

လူနာအမည်- _____ မွေးရက်- _____
နောက်ဆုံး ချွေးဆုံး အလယ် အစ လ/ရက်/နှစ်

လိပ်စာ- _____

မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ စာပို့ကုဒ်- _____

ဖုန်းနံပါတ်- _____

ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်ပေးအပ်ခြင်းခံရသူ-

- Bronson Battle Creek**
300 North Avenue
Battle Creek, MI 49017
ဖုန်း- (269) 341-6487
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528
- Bronson Behavioral Health**
300 North Ave (Fieldstone)
Battle Creek, MI 49017
ဖုန်း- (269) 341-6487
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528
- Bronson LakeView Hospital**
408 Hazen Street
Paw Paw, MI 49079
ဖုန်း- (269) 341-6487
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528
- Bronson Methodist Hospital**
601 John Street Box F
Kalamazoo, MI 49007
ဖုန်း- (269) 341-6487
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528
- Bronson Physician Offices**
ရုံး- _____
သမားတော်- _____
ဖုန်း- (269) 341-6487
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528
- Bronson South Haven**
970 S. Bailey Avenue, Suite 3
South Haven, MI 49090
ဖုန်း- (269) 341-6487
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528

ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အောက်ပါသို့ ပေးပို့ရန်(စက်ဝိုင်း)ဖြင့် - **ဖက်စ်/မေးလ် /လာယူ** (တည်နေရာ) _____

လူတစ်ဦးချင်း သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ၏ အမည်- _____

လိပ်စာ- _____

မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ စာပို့ကုဒ်- _____

ဖုန်းနံပါတ်- _____ ဖက်စ်နံပါတ်- _____

ထုတ်ပြန်ရမည့် အချက်အလက်-

ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် ရက်စွဲများ-

- အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ
- နှလုံးနှင့်ပတ်သက်သော မှတ်တမ်းများ
- ဆွေးနွေးတိုင်ပင်မှုများ
- ဆေးရုံမှဆင်းခြင်းအကြောင်းအရာ အကျဉ်းချုပ်
- အရေးပေါ်ခန်းမှတ်တမ်းများ
- ရောဂါမှတ်တမ်းနှင့် ခန္ဓာကိုယ်ပိုင်း စစ်ဆေးချက်
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းများ
- ဓာတ်ခွဲခန်း ထုတ်ပြန်ချက်များ
- အခြား (အကြောင်းအရာနှင့် ရက်စွဲများကို သီးခြားဖော်ပြရန်)- _____
- ဆေးဝါးနှင့်ပတ်သက်သည့် မှတ်တမ်းများ
- အာရုံကြောဆိုင်ရာ ရောဂါရှာဖွေထုတ်မှု မှတ်တမ်းများ
- ခွဲစိတ်မှုဆိုင်ရာ မှတ်တမ်း
- ရုံးမှတ်စုများ
- ရောဂါဗေဒဆိုင်ရာ မှတ်တမ်း
- တိုးတက်မှုမှတ်စုများ
- ဓာတ်ရောင်ခြည်ပုံရိပ်များ-CD
- ဓာတ်ရောင်ခြည်မှတ်တမ်းများ

ဖွင့်ထုတ်ဖော်ပြသည့်ရည်ရွယ်ချက် -

- ဆက်လက်စောင့်ရှောက်မှုပေးရန်
- ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအသုံးပြုမှု
- အာမခံကြေး သို့မဟုတ် အလုပ်သမား၏နစ်နာကြေး
- ဥပဒေအရ

အခြား (အတိအကျဖော်ပြရန်)- _____

ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများအတွင်းမှ အောက်ပါတို့ပါဝင်သည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ပေးရန် ကျွန်ုပ်က ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်-

- ကာလသားရောဂါ၊ တီဘီရောဂါ၊ အသည်းရောင် အေ၊ဘီ၊စီ၊ ခုခံအားကျဆင်းမှုရောဂါဗိုင်းရပ်စ်(HIV)၊ HIV စစ်ဆေးခြင်းတို့ အပါအဝင် ပြဌာန်းဥပဒေနှင့် Michigan Department of Health စည်းမျဉ်းသတ်မှတ်ချက်များအရ ကူးစက်ပြန့်ပွားနိုင်သောရောဂါများနှင့် ရောဂါကူးစက်မှုများနှင့်စပ်လျဉ်းသည့် အချက်အလက်များ။
- ခုခံအားကျဆင်းမှုကူးစက်ရောဂါ (AIDS) နှင့် AIDS ဆက်စပ်ရောဂါ (ARC)။
- CFR 42၊ အပိုင်း 2 စည်းမျဉ်းများ အရ ကာကွယ်ထားသော အရက်နှင့် တရားမဝင် မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှုအား ကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်
- ကျွန်ုပ်မှ လူမှုဝန်ထမ်းလုပ်သား၊ ကုထုံးပညာရှင် သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါကု ပညာရှင်တစ်ဦးနှင့် ပြုလုပ်သည့် ဆက်သွယ်မှုများအပါအဝင် စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှုဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ၊ စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများနှင့် လူမှုဝန်ထမ်းရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်။

နားလည်သဘောပေါက်ကြောင်း ဝန်ခံချက်-

- ဤခွင့်ပြုပေးမှုသည် လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲမှ တစ်နှစ်အတွင်း သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် Bronson Healthcare Group (BHG) ထံသို့ စာရေးသားခြင်းဖြင့် ဤခွင့်ပြုပေးမှုကို အချိန်မရွေး ပယ်ဖျက်နိုင်ပါသည်။
- လက်တွေ့လုပ်ဆောင်ပြီးခြင်းမှ လွဲ၍ ၎င်းသည် အသိပေးထားသည့်ရက်စွဲတွင် စတင်အသက်ဝင်မည်ဖြစ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာမှတ်တမ်းအား လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးသူတစ်ဦးအား ထုတ်ပေးလျှင် ၎င်းတို့သည် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာမှတ်တမ်းကို ထုတ်ပေးနိုင်သည့်အကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် ပတ်သက်၍ စစ်ဆေးရန် လိုအပ်သည်ကို ကျွန်ုပ်သိရှိပါသည်။
- ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် မှတ်တမ်းအပြည့်အစုံကို မတောင်းဆိုပါက ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာမှတ်တမ်း၏ အကျဉ်းဖော်ပြချက်ကို ရရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။
- ဤပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးထားရာတွင် ကျွန်ုပ်အပေါ် လွှမ်းမိုးခြယ်လှယ်ထားသည့် အခြေအနေတစ်စုံတစ်ရာမှ မရှိပါ။

Michigan ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်ပေးရနိုင်သည် -

- ကျွန်ုပ်၏မှတ်တမ်းမိတ္တူများ
- ကျွန်ုပ်၏မှတ်တမ်း စစ်ဆေးမှု
- ရလဒ်များ အနှစ်ချုပ်

Bronson Healthcare Group သည် ဤအချက်အလက်များဖွင့်ထုတ်ဖော်ပြခြင်းမှ အကျိုးခံစားမှုရရှိမည် မဟုတ်ပါ။

လူနာ၏ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____ အချိန်- _____

ပတ်သက်တော်စပ်မှု- လူနာ မိဘ ကိုယ်ပိုင်ကိုယ်စားလှယ် အုပ်ထိန်းသူ

DPOA (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရှေ့နေပါဝါ) (DPOA မိတ္တူလိုအပ်သည်)

မွေးချင်းတော်စပ်မှု _____ ဥပဒေအရနောက်တစ်ဦး _____

BHG ဝန်ထမ်း၏ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____ အချိန်- _____

စာပို့ပြီး လာယူ ဖက်စ်ပေးပို့ရန်- _____