



Affix Patient Label	
Patient Name:	Date of Birth:

ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုထံ တောင်းဆိုခြင်း

လူနာအမည်- _____ မွေးဖွားသည့် နေ့ရက်- _____
နောက်ဆုံး ပထမ အလယ် အစအကွရာ MM/DD/YYYY

လိပ်စာ- _____ တိုက်ခန်း/အခန်းနံပါတ်- _____ မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ စာပို့ကုဒ်- _____

ဖုန်းနံပါတ်- _____ ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်း နံပါတ်- _____

ကျွန်ုပ်မှ သင့်အား ဤခွင့်ပြုချက်ပေးအပ်ပါသည်-

လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ၏ အမည်- _____

လိပ်စာ- _____ မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ စာပို့ကုဒ်- _____

ဖုန်းနံပါတ်- _____ ဖက်စ်နံပါတ်- _____

ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို အောက်ပါနေရာများသို့ ထုတ်ပေးပါရန်-

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bronson Battle Creek
300 North Avenue
Battle Creek, MI 49017
ဖုန်း- (269) 245-5851၊ လိုင်းခွဲ 2
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528 | <input type="checkbox"/> Bronson Behavior Health
165 N. Washington Avenue
Battle Creek, MI 49037
ဖုန်း- (269) 245-5851၊ လိုင်းခွဲ 2
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528 | <input type="checkbox"/> Bronson Methodist
601 John Street Box F
Kalamazoo, MI 49007
ဖုန်း- (269) 341-6487
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528 | <input type="checkbox"/> Bronson LakeView Hospital
408 Hazen Street
Paw Paw, MI 49079
ဖုန်း- (269) 657-1465
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528 |
| <input type="checkbox"/> Bronson South Haven
970 S. Bailey Avenue, Suite 3
South Haven, MI 49090
ဖုန်း- (269) 637-5271၊ လိုင်းခွဲ 6
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-6528 | <input type="checkbox"/> Bronson Breast Health Center
601 John Street, Suite M-515
Kalamazoo, MI 49007
ဖုန်း- (269) 341-8432
ဖက်စ်နံပါတ်- (269) 341-7914 | <input type="checkbox"/> Bronson Physician Offices
ရုံး- _____
လိပ်စာ- _____
သမားတော်- _____
ဖုန်း- _____ ဖက်စ်နံပါတ်- _____ | |

ဌာနသို့ ဆေးကုသရေးမှတ်တမ်းများကို ဖက်စ်ပို့ပေးပါရန်- _____ ဖက်စ်နံပါတ်- _____ ဌာန၏ ဖုန်းနံပါတ်- _____

ထုတ်ပြန်ရမည့် အချက်အလက်-

ဝန်ဆောင်မှုရယူသည့် ရက်စွဲများ- _____

- တက်ရောက်ကုသခွင့်ဆိုင်ရာ ဆန်းစစ်အကဲဖြတ်မှု
- နှလုံးနှင့်ပတ်သက်သော မှတ်တမ်းများ
- ဆွေးနွေးတိုင်ပင်မှုများ
- ဆေးရုံမှဆင်းခြင်းအကြောင်းအရာ အကျဉ်းချုပ်
- ရောဂါမှတ်တမ်းနှင့် ခန္ဓာကိုယ်ပိုင်း စစ်ဆေးချက်
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းများ
- ဓာတ်ခွဲခန်း ထုတ်ပြန်ချက်များ
- ရင်သားဓာတ်မှန် - ရရှိနိုင်သော ရင်သားစစ်ဆေးမှုများနှင့်သက်ဆိုင်သည့် ထုတ်ပြန်ချက်များနှင့် ရုပ်ပုံများ (ရင်သားအား MRI စနစ် နှင့် U/S စနစ်အသုံးပြု စစ်ဆေးမှုများအပါအဝင်) ကို အီလက်ထရွန်းနစ်စနစ်ဖြင့် ပေးပို့စေလိုပါသည်။ ရုပ်ပုံများကို အီလက်ထရွန်းနစ်စနစ်ဖြင့် ပေးပို့မရပါက DICOM-CD ကို ချောစာဖြင့် ပေးပို့ပြီး သက်ဆိုင်သည့် ထုတ်ပြန်ချက်(များ)ကို ဖက်စ်ဖြင့် ပေးပို့စေလိုပါသည်။
- ဆေးဝါးနှင့်ပတ်သက်သည့် မှတ်တမ်းများ
- ဦးနှောက်အာရုံကြောဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ

- ခွဲစိတ်မှုဆိုင်ရာ မှတ်တမ်း
- ရောဂါဗေဒဆိုင်ရာ မှတ်တမ်း
- စိတ်ရောဂါ တက်ရောက်ကုသမှု မှတ်တမ်း
- X-ray ဓာတ်မှန်ထုတ်ပြန်ချက်များ
- အခြား (အကြောင်းအရာနှင့် ရက်စွဲများကို သီးခြားဖော်ပြရန်)- _____

ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်မှုပြုလုပ်ရခြင်း ရည်ရွယ်ချက်

- ဆက်လက်စောင့်ရှောက်မှုပေးရန်
- အခြား (သီးခြားဖော်ပြရန်) _____

အောက်ပါတို့အပါအဝင် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းများအတွင်း၌ပါဝင်သည့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ထုတ်ပေးရန် ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။

- လိင်မှတစ်ဆင့်ကူးစက်တတ်သော ရောဂါ၊ တီဘီရောဂါ၊ အသည်းရောင်အသားဝါပိုး၊ A၊ B၊ C၊ ခုခံအားကျဆင်းစေသည့်ဗိုင်းရပ်စ် (HIV)၊ HIV စစ်ဆေးခြင်း အပါအဝင် ပြဋ္ဌာန်းထားသော ဥပဒေနှင့် Michigan ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန၏ စည်းမျဉ်းများအရ သတ်မှတ်ထားသည့် ကူးစက်ပျံ့နှံ့တတ်သော ရောဂါများ၊ ရောဂါပိုးကူးစက်မှုများနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အချက်အလက်များ။
- ခုခံအားကျဆင်းမှု ကူးစက်ရောဂါ (AIDS)၊ AIDS နှင့် ဆက်စပ်သော ရှုပ်ထွေးသည့် ကျန်းမာရေးအခြေအနေ (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 ပံ့ပိုးသူတစ်ဦးဦးအား 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။

လူနာ၏ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____ အချိန်- _____

တော်စပ်ပုံ- လူနာ အုပ်ထိန်းသူ DPOA (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရေရှည် လုပ်ပိုင်ခွင့်ရရှိထားသည့် ကိုယ်စားလှယ် ရှေးနေ့)

တရားဝင် ဆွေမျိုး _____ လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ- _____