

## Разрешение на передачу информации

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Я разрешаю компании Northwest Gastroenterology поделиться моей медицинской информацией с указанным ниже личным представителем. Мне известно, что я имею право изменить свое решение об обмене информацией с указанным ниже лицом. Тем не менее, моей обязанностью является информировать Northwest Gastroenterology о любых изменениях в письменной форме.

Имя: \_\_\_\_\_ Кем приходится: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ Кем приходится: \_\_\_\_\_

### Период времени

У этого человека всегда должен быть доступ.

1 год с даты авторизации.

*Устанавливая флажки ниже, я разрешаю указанному выше лицу получить доступ к моей медицинской информации или возможность вносить изменения, как указано здесь.*

Доступ ко всей моей медицинской информации, указанной ниже.

### Приемы:

Доступ к времени, дате, месту и причине приема.

Возможность назначать, переносить и отменять приемы.

### Назначенные препараты:

Доступ к информации о назначенных в настоящее время препаратах.

Возможность запросить или отменить повторное получение рецепта.

**Результаты теста:** (Включая, но не ограничиваясь результатами лабораторных, радиологических и патологических анализов)

Доступ для запроса результатов анализов.

Доступ для получения результатов анализов.

### Финансовая информация:

Доступ к платежной информации.

Возможность производить платежи или договариваться об оплате.

\_\_\_\_\_  
Подпись и дата                      Кем приходится: \_\_\_\_\_