

**ЗАПРОС НА ПРОСМОТР ИЛИ ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ
МЕДИЦИНСКОГО ДОКУМЕНТА**

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА	ИМЯ	СРЕД. ИНИЦИАЛ
№ ДЕЛА		
УЧРЕЖДЕНИЕ		ОТДЕЛ

ИНСТРУКЦИИ: Чтобы просмотреть или получить копию своего медицинского документа, необходимо заполнить эту форму и вернуть ее консультанту. Информация будет предоставлена вам в течение 30 дней с даты данного запроса.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ С РАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТА

ОБЪЕМ ИЛИ ХАРАКТЕР ИНФОРМАЦИИ, ПОДЛЕЖАЩЕЙ РАСКРЫТИЮ/ПОЛУЧЕНИЮ
ЦЕЛИ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ ИНФОРМАЦИИ
АДРЕС ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ЗАПРАШИВАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ
ИМЯ ЛИЦА ИЛИ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСКРЫВАЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИЮ ОТ:

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, подал(а) письменный запрос о предоставлении мне вышеуказанного медицинского документа. Я понимаю, что для получения этого документа мне необходимо подать этот письменный запрос и что данная информация будет предоставлена мне в течение 30 дней.

Я понимаю, что любое раскрытие информации регулируется Титулом 42 Свода федеральных нормативных актов, устанавливающим принцип конфиденциальности медицинской информации пациентов, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости, а также Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 г. (HIPAA) и Разделом 45 Свода федеральных нормативных актов, частями 160 и 164, и что дальнейшее раскрытие этой информации какой-либо стороне запрещено, если на это нет дополнительного письменного разрешения с моей стороны.

ПРИМЕЧАНИЕ. ЗА КОПИРОВАНИЕ МАТЕРИАЛОВ ВЗИМАЕТСЯ ПЛАТА В РАЗМЕРЕ 0,05 доллара США за страницу

(Подпись пациента)

(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

(Имя пациента печатными буквами)

(Имя родителя/опекуна печатными буквами)

(Дата)

(Дата)

Действие учреждения:

___ Запрос одобрен.

___ Запрос отклонен. Причина отклонения _____

Директор/Заместитель директора

ДАТА