

ԼՈՍ-ԱՆՁԵԼԵՄԻ ՇՐՋԱՆԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ԻՆՖՈՐՄԱՑԻԱՅԻ
ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԿԱՍ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ

ՀԱՃԱԽՈՐԴ

Հաճախորդի անուն/նախկին անուն _____ Օնայան ամսաթիվ _____ Հաճախորդի համար _____

Իրավաբանական ներկայացուցչի անուն (եթե կիրառելի է) _____

Հասցե (փողոց) _____ Քաղաք, նահանգ, փոստային ինդեքս
ԼԻԱԶՈՐՈՒՄ Է ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ
ԻՆՖՈՐՄԱՑԻԱՅԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄԸ ԿԱՍ
ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄԸ՝ ՈՒՂՂՎԱԾ

Գործակալության անվանում _____ Առողջապահական ծառայությունների մատուցողի
անվանում/այլ _____

Հասցե (փողոց) _____ Հասցե (փողոց) _____

Քաղաք, նահանգ, փոստային ինդեքս _____ Քաղաք, նահանգ, փոստային ինդեքս _____

ՀՐԱՊԱՐԱԿՄԱՆ ԵՆԹԱԿԱ ԻՆՖՈՐՄԱՑԻԱ

- Ստուգում/գնահատում Հոգեբանական թեստի արդյունքներ Ախտորոշում
- Լաբորատոր արդյունքներ Դեղորայքի պատմություն/ընթացիկ դեղեր Բուժում
- Ամբողջական արձանագրություն (հաստատել): _____
- Այլ (նշել): _____

ՆՇՈՒՄ՝ Արձանագրությունները կարող են ներառել ակտիվի կամ թմրանյութերի օգտագործման և ՄԻԱՎ-ի կամ ՋԻԱՀ-ի հետ կապված տեղեկություններ: Այնուամենայնիվ, թմրանյութերի կամ ակտիվի դեմ պայքարող բուժհաստատությունների կողմից բուժման մասին արձանագրությունները կամ ՄԻԱՎ թեստի արդյունքները չեն բացահայտվի, եթե չի կատարվել հատուկ հարցում:

Նշել բոլոր կիրառելիները՝ ակտիվի կամ թմրանյութերի արձանագրություններ ՄԻԱՎ թեստի արդյունքներ

Պահանջվող արձանագրությունների առաքման մեթոդը՝
 Փոստ Առձեռն Էլեկտրոնային սարք (CD, USB)

ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԿԱՍ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ (Նշել կիրառելի կատեգորիան)

Հաճախորդի պահանջ Այլ (նշել): _____

Գործակալությունը որևէ օգուտ ունենալու՞ է ինֆորմացիայի օգտագործումից կամ բացահայտումից: Այո Ոչ
Ես հասկանում եմ, որ իմ Առողջության մասին գաղտնի ինֆորմացիան, որն օգտագործվում կամ բացահայտվում է համաձայն սույն լիազորագրի, այլևս չի պաշտպանվում դաշնային օրենքով և հետագայում կարող է ստացողի կողմից օգտագործվել կամ բացահայտվել առանց իմ թույլտվության: Ես նաև հասկանում եմ, որ ինֆորմացիայի օգտագործումից կամ բացահայտումից հետո այլևս հնարավոր չի լինի հետ ստանալ այն:

ՎԱՎԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՑ: Սույն լիազորագրի վավեր է մինչև _____ / _____ / _____
Ամիս Օր Տարի

ԼՈՍ-ԱՆՁԵԼԵՍԻ ՇՐՋԱՆԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ԻՆՖՈՐՄԱՑԻԱՅԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԿԱՍ
ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ

ՍՈՒՑՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳՐԻ ՀԵՏ ԱՌՆՉՎՈՂ ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Լիազորագրի պատճենը ստանալու իրավունք – Ես հասկանում եմ, որ եթե ես համաձայնում եմ ստորագրել սույն լիազորագիրը, ինչի անհրաժեշտությունը չկա, ինձ պետք է տրամադրվի բլանկի ստորագրված պատճենը:

Լիազորագիրը չեղյալ համարելու իրավունք – Ես հասկանում եմ, որ իրավունք ունեմ ցանկացած պահի չեղյալ համարել սույն լիազորագիրը՝ այդ մասին գրավոր կերպով տեղեկացնելով ԼԱՇՀԱԲ-ին: Ես կարող եմ օգտագործել սույն բլանկի ներքևում գտնվող՝ Լիազորագրի չեղարկում կոճակը և ուղարկել կամ առաքել չեղարկումը՝

Կոնտակտային անձ Գործակալության անվանում

Հասցե Քաղաք, նահանգ, փոստային ինդեքս

Ես նաև հասկանում եմ, որ չեղարկումը որևէ կերպ խոչընդոտ չի հանդիսանա ԼԱՇՀԱԲ-ի կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցող այլ կազմակերպության համար՝ օգտագործելու կամ բացահայտելու նախկինում վստահության առարկա դարձած առողջության մասին գաղտնի ինֆորմացիան սույն լիազորագրով կամ օրենքով թույլատրված այլ եղանակով:

Պայմաններ՝ Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ հրաժարվել ստորագրել սույն լիազորագիրը առանց ազդելու բուժում ստանալու իմ հնարավորության վրա: Այնուամենայնիվ, ԼԱՇՀԱԲ-ը հետազոտական բուժման ապահովումը կարող է իրականացնել տվյալ հետազոտական բուժման համար ստեղծված առողջության մասին գաղտնի ինֆորմացիան օգտագործելու կամ բացահայտելու լիազորագրի ձեռքբերման պայմանով: (Այլ կերպ ասած՝ եթե սույն լիազորագիրը նախատեսված է բուժում ներառող հետազոտության համար, ապա Դուք չեք կարող բուժում ստանալ, մինչև այս լիազորագիրը չստորագրվի:)

Ես հնարավորություն եմ ունեցել վերանայել և հասկանալ սույն լիազորագրի բովանդակությունը: Սույն լիազորագիրը ստորագրելով՝ ես հաստատում եմ, որ այն ճշգրիտ կերպով արտահայտում է իմ ցանկությունները:

Հաճախորդի/իրավական ներկայացուցչի ստորագրություն Ամսաթիվ

Եթե հաճախորդի փոխարեն ստորագրում է այլ անձ, նշել հարաբերությունը և լիազորությունը:

ԼԻԱԶՈՐԱԳՐԻ ՁԵՂԱՐԿՈՒՄ

Հաճախորդի անուն

Հաճախորդի/իրավաբանական ներկայացուցչի ստորագրություն

Ամսաթիվ

Եթե հաճախորդի փոխարեն ստորագրում է այլ անձ, տպել անունը՝ նշելով հարաբերությունը և լիազորությունը:

Տպագիր անունը՝ _____

Հարաբերությունը և լիազորությունը՝ _____