



ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ သဘောတူခွင့်ပြုချက်

- ကုသရန်- (အောက်တွင် အမည်ဖော်ပြထားသည့် လူနာ) ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏အတွက်၊ နှင့် သက်ဆိုင်မည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့မှူးမည့် ကလေးအတွက်** ကျွန်ုပ်တို့၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေ သို့မဟုတ် ရောဂါအခြေအနေအတွက် လိုအပ်သော၊ သင့်တော်သော ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်းစဉ်များနှင့် ဆေးကုသမှုများကို ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အိတ်ချ်အိုင်ဗွီပိုး (Human Immunodeficiency virus, HIV) စစ်ဆေးမှုခြင်းပယ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့အား ကုသပေးနေသည့် သမားတော်ထံ အသိပေးထားခြင်းမရှိပါက ယင်းလုပ်ငန်းစဉ်များတွင် အိတ်ချ်အိုင်ဗွီပိုးရှိ/မရှိ စစ်ဆေးမှုပါဝင်နိုင်ပါသည်။ ပံ့ပိုးပေးအပ်မည့် ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်းစဉ်များနှင့် ဆေးကုသမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့အား ကုသပေးနေသော သမားတော် (များ) သို့မဟုတ် သင့်တော်သည့် အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများက ကုသချိန်တွင် လိုအပ်မှု သို့မဟုတ် အကြံပြုထိုက်မှုဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်အပေါ် အခြေခံ၍ ၎င်းတို့၏ ပညာရပ်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ဖြင့် သတ်မှတ်မည်ဖြစ်ပြီး ယင်းဝန်ဆောင်မှုများကို ဆေးရုံ တွင်ဖြစ်စေ၊ တယ်လီကျန်းမာဝန်ဆောင်မှုများမှတစ်ဆင့်ဖြစ်စေ ဆောင်ရွက်ပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ အလုပ်သင်ဆင်းနေသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများသည် သင့်လျော်သော ပုဂ္ဂိုလ်များ၏ ကြီးကြပ်မှုဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ကုသမှုတွင် ပါဝင်နိုင်သည်ကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်သိရှိပါသည်။

အထူးသဖြင့် အရေးပေါ်အခြေအနေများတွင် ဤဖောင်ပုံစံကို ကျွန်ုပ် သုံးသပ်ပြီး အတည်ပြုလက်မှတ်မထိုးရသေးမီမှာပင် ကုသမှုကို စတင်ထားနိုင်ပြီးဖြစ်နိုင်ပါသည်။ လွတ်လပ်သော သမားတော်/ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အပိုဒ် 15 အပါအဝင် ဤဖောင်ပုံစံပါ အခြားသော စည်းကမ်းချက်အားလုံးသည် ဆေးရုံ တွင် ကျွန်ုပ်တို့အား ပြုစုကုသပေးနေသည့် ကာလပတ်လုံး အပြည့်အဝအကျိုးဝင်နေမည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ ထပ်လောင်းနားလည်သိရှိပြီး၊ လက်ခံအသိအမှတ်ပြုပြီးဖြစ်ပါသည်။ ဤဖောင်ပုံစံကို ကျွန်ုပ် သုံးသပ်ပြီး အတည်ပြုလက်မှတ်မထိုးရသေးမီကတည်းက ရှိနေသည့် ကျန်းမာရေးပညာရှင်တစ်ဦး၏ အလုပ်အကိုင်နှင့် ပတ်သက်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့ မှားယွင်းယူဆထားသည်များ သို့မဟုတ် နားလည်မှုလွဲမှားသည်များရှိနေစေကာမူ အောက်တွင် အတည်ပြုလက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် အပိုဒ် 15 အပါအဝင် ဤဖောင်ပုံစံတွင် ဖော်ပြပါရှိသော စည်းကမ်းချက်များကို လက်ခံရန် ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူပါသည်။

- ချိတ်ဆက်ညှိနှိုင်းကုသမှု-** ယခုအခါ Advocate Health Care နှင့် Aurora Health Care တို့သည် Advocate Health ၏ပေါင်းစည်းကျန်းမာရေးစနစ်အောက်တွင် တရားဝင် လွတ်လပ်စွာ လည်ပတ်နေသည့် ဆေးရုံများ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အခြားသော အဖွဲ့အစည်းများနှင့်အတူပူးပေါင်းပါဝင်ပြီး လူနာဗဟိုပြု ထိရောက်သော ချိတ်ဆက်ညှိနှိုင်းကုသမှုကို ဆောင်ရွက်နေပြီဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်သိရှိပါသည်။ Advocate သည် ကျွန်ုပ်တို့၏လူနာကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အီလက်ထရွန်းနစ် ဆေးမှတ်တမ်းပုံစံဖြင့် သိမ်းဆည်းထားမည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ရောဂါစစ်ဆေးတွေ့ရှိချက်၊ ကုထုံးအစီအစဉ်၊ ဆေးညွှန်းအချက်အလက်၊ ရက်ချိန်းအစီအစဉ်၊ ဓာတ်ခွဲခန်းနှင့် အခြားသော ရောဂါစစ်ချက်အဖြေများ (HIV ဆိုင်ရာ အချက်အလက်၊ မျိုးဗီဇအချက်အလက်နှင့် အမူအကျင့်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ) အကန့်အသတ်မရှိပါဝင်သည့် ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးမှတ်တမ်းကို Advocate Health Care စနစ်တစ်ခုလုံးရှိ ကျွန်ုပ်တို့အား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ကြီးကြပ်လုပ်ဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ဝင်များက ကြည့်ရှုကြမည်ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်သိရှိပါသည်။

- ဓာတ်ပုံပညာ-** ကျွန်ုပ်တို့အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူများသည် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အခြေအနေတစ်ရပ်ရပ်ကို မှတ်တမ်းတင်ရန်၊ ရောဂါရှာဖွေစစ်ဆေးမှုနှင့်/သို့မဟုတ် ကုသမှုအစီအစဉ်ရေးဆွဲရာတွင် နှင့်/သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်ကုသမှုအတွက် ပြင်ဆင်ရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်စေရန်အတွက် ဓာတ်ပုံ၊ ဗီဒီယိုရိုက်ကူးခြင်းနှင့်/သို့မဟုတ် အသံဖမ်းယူခြင်းများလုပ်ဆောင်နိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်သိရှိပါသည်။ ထိုသို့ရိုက်ကူးထားသော ဓာတ်ပုံ၊ ဗီဒီယို နှင့်/သို့မဟုတ် အသံမှတ်တမ်းများနှင့် ၎င်းတို့၏မူပိုင်ခွင့်များသည် ကျွန်ုပ်တို့အား ကုသပေးနေသည့် သမားတော်များ၏ သို့မဟုတ် ဆေးရုံ ၏ မူပိုင်ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ လူနာမည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ပေါ်လွင်စေမည့် အရာများကို ထုတ်ဖော်ခြင်းမပြုပါက ၎င်းပုံများကို ဆေးပညာသင်ကြားရေးအတွက် အသုံးပြုနိုင်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်သိရှိပါသည်။

- အိမ်တွင်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ရွေးချယ်စရာ-** ကျွန်ုပ်တို့တွင် လိုအပ်လာနိုင်သည့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အိမ်တွင်းပြုစုစောင့်ရှောက်သူအား ကျွန်ုပ်တို့ လွတ်လပ်စွာ ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်သိရှိပါသည်။ ယေဘုယျအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏အာမခံကုမ္ပဏီက ညွှန်ကြားထားခြင်းမရှိပါက သို့မဟုတ် အခြားသော သမားတော်ကို ကျွန်ုပ် ရွေးချယ်ထားခြင်းမရှိပါက ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ဆက်လက်ပေးစွမ်းနိုင်ရန်အတွက် ဆေးရုံ သည် Advocate at Home ကို အသုံးပြုသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။ အိမ်တွင်းရာရောက်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူများစာရင်းကိုလည်း ဆေးရုံတက်ချိန်/စာရင်းသွင်းချိန်တွင် ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ ထပ်မံတောင်းဆိုမည်ဆိုပါက အဆိုပါစာရင်းမိတ္တူကို ဆေးရုံမှဆင်းရန် စီစဉ်သူက ထုတ်ပေးနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ အခြားသမားတော်နှင့် ပြောင်းပြန်လိုပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ရွေးချယ်မှုများကို ဆေးရုံမှ လက်ခံပေးပါမည်။



5. **ပြင်ပဆေးညွှန်းမှတ်တမ်းများ-** ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရန်အတွက် ပြင်ပသမားတော်က ညွှန်ကြားသည့် ဆေးမှတ်တမ်းဝင်ကြည့်ပိုင်ခွင့်ကို ခွင့်ပြုပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ဆေးညွှန်းမှတ်တမ်းကို ဖြည့်ပေးသည်မှာ စနစ်တွင် ပါဝင်သည့် ဆေးဆိုင်ဖြစ်နေမှသာ အဆိုပါသတင်းအချက်အလက်ကို ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် ဆေးကုသမှုရာဇဝင်ကို အတိအကျပေးရန် တာဝန်သည် ကျွန်ုပ်အပေါ်တွင်သာ တည်ပါသည်။
6. **ဘာသာစကားရွေးချယ်မှု-** ဘာသာပြန်၊ စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ထံ ပေးအပ်ပြီးဖြစ်ပါသည်။ အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသနေသည့် ကာလအတောအတွင်းတွင် ၎င်းဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ် အချိန်မရွေးတောင်းဆိုနိုင်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။
7. **ကျွန်ုပ်၏ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်အတွက် ထုတ်ဖော်ပြောကြားမှု-** ကျွန်ုပ်၏ (HIV ဆိုင်ရာ အချက်အလက်၊ မျိုးဗီဇအချက်အလက်နှင့် အမူအကျင့်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ) အပါအဝင် ကျွန်ုပ်၏ဆေးမှတ်တမ်းတွင် ပါဝင်သော သက်ဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်အားလုံးကို အာမခံကုမ္ပဏီများ၊ ကျန်းမာရေးအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်အစီအစဉ်များ၊ အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုမှုများအား အတည်ပြုပေးသည့် အလုပ်ရှင်များ၊ အစိုးရအဖွဲ့အစည်းများ သို့မဟုတ် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည်များအား ကိုယ်စားပြုသည့် ကြားခံအဖွဲ့အစည်းများအကန့်အသတ်မရှိ ပါဝင်သည်။ လူနာပြုစုကုသမှုအတွက် ငွေကြေးကျခံပေးရန် တာဝန်ရှိသည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းများထံသို့ ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်းကို ကျွန်ုပ် သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။
8. **အီလက်ထရွန်းနစ်နည်းလမ်းသုံး ဆက်သွယ်မှုများ- Advocate Health** နှင့် ၎င်း၏ကိုယ်စားလှယ်များ (ပြင်ပကိုယ်စားလှယ်များအပါအဝင်) အား ကျွန်ုပ်၏ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု၊ အကောင်အထည်ဖော်မှု၊ သုတေသနလုပ်ဆောင်ချက်များဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များနှင့် စပ်လျဉ်း၍ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်အတွက် အကျိုးရှိစေနိုင်မည့် ထုတ်ကုန် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်းကို ကျွန်ုပ်အား အကြံပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်စားလှယ်အမည်ဖြင့် ပေးထားသည့် မည်သည့်ဖုန်းနံပါတ်သို့မဆို ကြိုတင်အသံသွင်းထားသော မက်ဆေ့ဂျ်များ နှင့်/သို့မဟုတ် အလိုအလျောက်ခေါ်ဆိုမှုစနစ်များအသုံးပြု၍ ဆက်သွယ်ပိုင်ခွင့်ကို ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်ထံသို့ ခေါ်ဆိုမှု သို့မဟုတ် စာတိုပို့မှုမှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်ခြင်းကို Advocate Health က ပေးအပ်ထားသည့် ညွှန်ကြားချက်များကို လိုက်နာခြင်းအားဖြင့် ရပ်ပစ်လိုက်နိုင်ပါသည်။ ကုသမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် Advocate Health ၏အခြားသော ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရန်အတွက် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများနှင့် စာတိုပို့မှုများကို သဘောတူလက်ခံပေးရန် မလိုအပ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။ အီးမေးလ်လိပ်စာနှင့် ဆဲလ်ဖုန်းနံပါတ်ကို ပေးထားခြင်းအားဖြင့် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော အကြောင်းများအတွက် ကျွန်ုပ်ထံသို့ သတင်းအချက်အလက်များ၊ သတိပေးချက်များနှင့် စာတိုများကို အဆိုပါဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်းများကို အသုံးပြု၍ ပေးပို့ပါရန် Advocate Health (၎င်း၏သီးခြားကန်ထရိုက်တာများအပါအဝင်) အား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပေးပါသည်။
9. **အကျိုးခံစားခွင့်များပေးအပ်ခြင်း-** ဆေးရုံ ၌ ဆောင်ရွက်ပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ထောက်ထားသောအားဖြင့် ဤဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှု၊ အရေးပေါ်ခန်းတွင် တက်ရောက်ကုသမှု သို့မဟုတ် ပြင်ပလူနာဝန်ဆောင်မှုရယူထားမှုများအတွက် ကျွန်ုပ်ကိုပေးရန် ရည်ရွယ်ထားသည့် အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်၊ ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ် သို့မဟုတ် အခြားသော ငွေပေးချေသည့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုမှ ပေးရန်ရှိသည့် ငွေများကို ဆေးရုံ နှင့် ကျွန်ုပ်အား ကုသပေးနေသော သမားတော်များ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံသို့ တိုက်ရိုက်ပေးချေရန် ပေးချေခွင့်ကို ဤသဘောတူညီချက်ဖြင့် ကျွန်ုပ် ပေးအပ်ပါသည်။
10. **Medicare မှ ငွေပေးချေမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်များအား ပေးအပ်ခြင်း (သက်ဆိုင်မည်ဆိုပါက)-** ကျွန်ုပ် ဆေးရုံ တွင် တက်ရောက်ကုသနေချိန်တွင် ဆေးရုံ နှင့် သမားတော်များမှ ပံ့ပိုးပေးသော ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ခွင့်ပြုချက်ရရှိပြီးသော Medicare ကျန်းမာရေးအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များမှ ငွေပေးချေမှုကို ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်စားပြုလုပ်ပေးရန်နှင့် အဆိုပါ Medicare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဆေးရုံ နှင့် အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုပံ့ပိုးပေးသည့် သမားတော်များထံသို့ ပေးအပ်ရန် ကျွန်ုပ် တောင်းဆိုပါသည်။ အဆိုပါအကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားစဉ် ကျွန်ုပ် ပေးခဲ့သည့် အချက်အလက်များသည် တိကျမှန်ကန်မှုရှိပြီး Medicare က ပြုလုပ်သည့် စစ်တမ်းမေးခွန်းလွှာကိုလည်း ကျွန်ုပ်က ဖြေဆိုပြီးဖြစ်သည်မှာ မှန်ကန်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် ထောက်ခံအတည်ပြုပါသည်။ ယင်းအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များဆိုင်ရာ ပေးချေမှုများအတွက် လိုအပ်သည့် အချက်အလက်မှန်သမျှကို Medicare နှင့် Medicaid ကျန်းမာရေးအာမခံဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာ စင်တာများနှင့် ၎င်း၏အာမခံကိုယ်စားလှယ်များထံသို့ထုတ်ပြန်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်နှင့်စပ်လျဉ်းသည့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်သို့မဟုတ် အခြားအချက်အလက်များကို ကိုင်ဆောင်ထားသူတိုင်းအား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပေးပါသည်။ အဆိုပါအကျိုးခံစားခွင့်များအား ကျွန်ုပ် ခံစားခွင့်ရှိကြောင်း အချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်အား ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် ဆေးရုံ နှင့် သမားတော်များထံ ထုတ်ဖော်ပြောကြားရန် လူမှုဖူလုံရေးဆိုင်ရာ စီမံခန့်ခွဲမှုအား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။



Patient Name: _____
MRN: _____
Date of Birth: _____
or Affix Label

11. **ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းများ-** မျက်မှန်များ၊ နားကြားကိရိယာများ၊ အံကပ်များ၊ လက်ဝတ်ရတနာများ၊ ငွေကြေးများနှင့် အခြားသော အဖိုးတန်ပစ္စည်းအားလုံးအကုန်အသတ် မရှိပါဝင်သည့် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းအားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ် အပြည်အဝတ်တဝန်ယူပါသည်။ တန်ဖိုးရှိသည့် ပစ္စည်းများကို ဆေးရုံ ၏မီးခံသေတ္တာထဲတွင် သိမ်းဆည်းပေးပါရန် ကျွန်ုပ် တောင်းဆိုပြီး သိမ်းဆည်းနိုင်ကြောင်းနှင့် ဆေးရုံ ၏မီးခံသေတ္တာထဲတွင် ထည့်သွင်းသိမ်းဆည်းခြင်းမပြုသည့် အဖိုးတန်ပစ္စည်းများနှင့် ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းများပျက်စီးခြင်း သို့မဟုတ် ဆုံးရှုံးခြင်းအတွက် ဆေးရုံ ကို တာဝန်ရှိမှုအားလုံးမှ ကင်းလွတ်ခွင့်ပေးရမည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။

12. **ငွေကြေးအကူအညီ-** ဆေးရုံ တွင် ပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ထောက်ထားချက်အဖြစ်၊ လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်သည်၊ ဆေးရုံမှ ပံ့ပိုးပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ပံ့ပိုးမှုအင်္ဂါရပ်များနှင့် ထောက်ပံ့ရေးပစ္စည်းများအတွက် အတည်ပြုပြီးသောနှုန်းထားများနှင့်အညီ ငွေပေးချေရန် သဘောတူပါသည်။ ထိုငွေပမာဏတွင် နှစ်စဉ် အာမခံကြိုပေးငွေများ၊ ပူးတွဲပေးချေငွေများ သို့မဟုတ် ငွေကျခံပေးသည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းများက ပေးသည့် အာမခံအကာအကွယ်နှင့် အကျိုးမဝင်သည့် အဖိုးအခများအပါအဝင် လူနာထံသို့ အတည်ပြုပြီးနှုန်းထားများဖြင့် တွက်ချက်၊ ပံ့ပိုးပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှု၊ ကျသင့်ငွေကို ဆေးရုံသို့ ပေးချေရန် လူနာ သဘောတူပါသည်။ **ဆေးရုံ မှ ငွေတောင်းခံလွှာတွင် သီးခြားသမားတော်/ကျန်းမာရေးပညာရှင်၏ဝန်ဆောင်မှုများမပါဝင်ကြောင်းနှင့် လူနာသည် အဆိုပါ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ထိုဆေးပညာရှင်များထံမှ သီးခြားငွေတောင်းခံလွှာများကို လက်ခံရရှိနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။** အချို့သော သမားတော်များသည် ကျွန်ုပ်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေပေးမည့် ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ် သို့မဟုတ် ပေးချေမှုအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ထားခြင်း မရှိသည့်အားလျော်စွာ ၎င်းတို့ကိုပေးချေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တွင် ပိုမိုကုန်ကျနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် သိရှိပါသည်။ လူနာသည် အဆိုပါအဖိုးအခများအား ကောက်ခံရာတွင် ကုန်ကျရနိုင်မည့် ရှေ့နေများအပါအဝင် မည်သည့်စရိတ်စကကိမဆို တာဝန်ယူပေးရမည်ဖြစ်ကြောင်းကို လူနာ လက်ခံပါသည်။ မှတ်တမ်းများကို ထုတ်ပြန်ရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူခွင့်ပြုပေးခြင်းမရှိပါက သို့မဟုတ် သဘောတူခွင့်ပြုပြီး နောက်ပိုင်းမှ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းမည်ဆိုပါက ရောဂါစစ်ဆေးတွေ့ရှိချက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များနှင့် လက်ခံရရှိခဲ့သော ကုသမှုအတွက် ကုန်ကျသည့် အဖိုးအခအားလုံးကို ပေးချေရန် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်အပြည်အဝတ်ရှိကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။ ဤ ဆေးရုံ တွင် တက်ရောက်ကုသမှုအတွက် ကျသင့်ငွေပေးချေရန် ကျွန်ုပ် ပေးအပ်ထားသည့် သတင်းအချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ်သိရှိထားသည့် အတိုင်းအတာအထိ မှန်ကန်ပြည့်စုံပြီး တိကျမှုရှိကြောင်းကို ကျွန်ုပ် ထောက်ခံအတည်ပြုပါသည်။ လူနာသည် ဆေးရုံသို့ ပေးချေရမည့် သူ/သူမ၏တာဝန်များကို ဖြည့်ဆည်းရန် အခက်အခဲရှိမည်ဆိုပါက ဆေးရုံ၏ငွေရေးကြေးရေးအကြံပေးဝန်ဆောင်မှုများမှတစ်ဆင့် သင့်တင့်မျှတသော ငွေပေးချေမှုအစီအစဉ်များအပါအဝင် ရရှိနိုင်သော ငွေကြေးအကူအညီအစီအစဉ်များနှင့် သက်ဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို တောင်းဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ အာမခံအကာအကွယ် သို့မဟုတ် အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ မေးခွန်းများကို လူနာရယူထားသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ်ဆိုင်ရာ တာဝန်ရှိသူထံသို့ ညွှန်းပို့ရမည်ဖြစ်ပြီး နှင့် လူနာ၏အာမခံစာချုပ်တွင် အဖြေရှာသင့်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။ ထို့ပြင် ငွေကြေးအကူအညီဆိုင်ရာ မူဝါဒနှင့် ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်ထားမှုနည်းလမ်းများပါဝင်သော၊ ရိုးရှင်းသော ဘာသာစကားဖြင့် ရေးသားထားသည့် ငွေကြေးအကူအညီအကြောင်း အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်ကိုလည်း ကျွန်ုပ် ထံ ပေးအပ်ပြီးဖြစ်ပါသည်။

13. **ကိုယ်စားလှယ်ခန့်အပ်ခြင်းနှင့် အာမခံအကာအကွယ်ဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ကင်းလွတ်ခွင့်ပြုခြင်း-** ကျွန်ုပ်သည် Advocate Health နှင့် ၎င်း၏ငွေရေးကြေးရေးဆိုင်ရာ အကြံပေးဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် အာမခံအကာအကွယ်ရယူရေးဆိုင်ရာ အကူအညီဝန်ထမ်း (“ကိုယ်စားလှယ်”) တို့ကို ကျွန်ုပ်နှင့် လူနာ၏ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် ခန့်အပ်ပြီး Medicaid နှင့် Medicaid စွန့်လွှတ်သူများ (“အထောက်အပံ့”) များအပါအဝင် လူမှုဖူလုံရေးအက်ဥပဒေ (Social Security Act) အရ ထောက်ပံ့သည့် ဒေသတွင်း၊ ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်ရန်ပုံငွေများဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်များတွင် ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် လူနာတွင် ရရှိပြီးဖြစ်သော သို့မဟုတ် နောင်တွင် ရရှိနိုင်သည့် အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များ ကျန်းမာရေးအာမခံများအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များ/ ကျန်းမာရေးအာမခံများ ရှာဖွေခြင်း၊ အငြင်းပွားခြင်း၊ လက်ခံရယူခြင်း၊ အစီအစဉ်များတွင် စာရင်းသွင်းခြင်း၊ စာရင်းပယ်ဖျက်ခြင်း၊ ဆက်လက်ရရှိရန် တောင်းခံခြင်း၊ သို့မဟုတ် အယူခံခြင်းတို့ကို ၎င်း၏ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ဖြင့် လုပ်ဆောင်ခွင့်ပြုပါသည်။ ထိုကိုယ်စားလှယ်အား ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် လူနာတို့ ရပိုင်ခွင့်ရှိသည့် ငွေရေးကြေးရေး၊ အခွန်၊ အလုပ်အကိုင်၊ အာမခံ၊ ကျန်းမာရေးနှင့် ငွေကြေးအကူအညီနှင့်သက်ဆိုင်သည့် အခြားအချက်အလက်များအပါအဝင် ငြင်းပယ်ကြောင်း အသိပေးစာ၊ အတည်ပြုကြောင်း အသိပေးစာ၊ အချက်အလက်တောင်းခံလွှာများ၊ အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်မပေးရန် ဆုံးဖြတ်ချက်များနှင့် ဆုံးဖြတ်ချက်ဆိုင်ရာ အသိပေးစာများနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အခြားသောအချက်အလက်များ၏ မိတ္တူများကို ကြည့်ရှုခွင့်၊ စစ်ဆေးခွင့်နှင့် လက်ခံရယူခွင့်တို့ကို တရားဝင်ပေးအပ်ထားပါသည်။ ကိုယ်စားလှယ်အား ၎င်း၏အခွင့်အာဏာနှင့်တူညီသည့် ဥပဒေ၏အကူအညီရယူနိုင်ရန်အတွက် သူ/သူမ၏ဆုံးဖြတ်ချက်နှင့် ကိုယ်ပိုင်စရိတ်ထုတ်၍ လုပ်ပိုင်ခွင့် ပြုပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်နှင့် ကင်းလွတ်ခွင့်အရ ကိုယ်စားလှယ် ယခင်က ဆောင်ရွက်ခဲ့သော လုပ်ဆောင်မှုများရှိပါက ထိုလုပ်ဆောင်မှုများအား ကျွန်ုပ် ပြန်လည် သုံးသပ်ပြီး အတည်ပြုပြီးဖြစ်ပါသည်။ အာမခံဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ဤခန့်အပ်ချက်နှင့် ခွင့်ပြုချက်သည် ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် လူနာက ကိုယ်စားလှယ်ထံသို့ စာဖြင့်ရေးသား၍ ရုပ်သိမ်းခြင်းမပြုမီအချိန်အထိ တည်မြဲမည်ဖြစ်ပြီး၊ ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် လူနာ၏ အဆုံးခြင်း သို့မဟုတ် မစွမ်းဆောင်နိုင်ခြင်းကြောင့် ပျက်ပြယ်မည် မဟုတ်ပါ။

14. **ငွေပေးချေရမည့်တာဝန်နှင့် အာမခံချက်-** လူနာလက်ခံရရှိသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျသင့်ငွေအားလုံးကို Advocate Health သို့ပေးချေရန် ကျွန်ုပ် လက်ခံသဘောတူပါသည်။ ဤစာချုပ်ပါ ကတိကဝတ်နှင့် အာမခံချက်အရ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးဥပဒေအရ ဆေးရုံများသည် ဝန်ဆောင်မှုနှုန်းထားများကို အများပြည်သူသိရှိရန် ထုတ်ပြန်ထားရန် လိုအပ်သည့် ဥပဒေပြဋ္ဌာန်းချက်ပုဒ်မ 42 U.S.C. § 300gg-18(e) အရ သက်ဆိုင်ရာ လူနာအား ကုသနေစဉ်ကာလတွင် Advocate Health ၌ ကျင့်သုံးသည့် "ကြေးတော်စာရင်း"ပါ ပုံမှန်နှုန်းထားများနှင့် စည်းကမ်းချက်များအရ ကုသမှုခံယူသူအပေါ် Advocate Health က ကောက်ခံရမည်ဖြစ်သည့် ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးအပါအဝင် လူနာအား ပေးအပ်ခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအားလုံးအတွက် ကျသင့်ငွေကို Advocate Health အား ပေးဆောင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ အလွယ်တကူနားလည်အောင် ရှင်းပြရလျှင် အာမခံအကာအကွယ်ပေးရန် ငြင်းဆိုခြင်းခံရသည်ဖြစ်စေ၊ မခံရသည်ဖြစ်စေ၊ ထိုသို့သော စာချုပ်ပါ ကတိကဝတ်နှင့် အာမခံချက်ရှိပါက အာမခံနှင့် အကျိုးမဝင်သည့် ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးကို ပေးချေရန် လိုအပ်ပါသည်။ အကယ်၍ ကျသင့်ငွေကို ပေးချေရန် ကျွန်ုပ် ပျက်ကွက်ခဲ့ပြီး Advocate Health သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ် ငွေပေးချေရန် ရှိသည့် အခြားမည်သည့်လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းက အဆိုပါငွေကို ကောက်ခံရန်အတွက် ရှေ့နေတစ်ဦးအား တာဝန်ပေးအပ်ခဲ့ပါက ကျွန်ုပ်မပေးချေရသေးသည့် ကုန်ကျစရိတ်များအပါအဝင် ရှေ့နေ၏ဝန်ဆောင်ခကိုပါ သင့်တင့်လျောက်ပတ်သည့် နှုန်းထားဖြင့် ပေးချေရန် သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Advocate Health နှင့် ၎င်း၏ဝန်ထမ်းမဟုတ်သော ဆရာဝန်များ/ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများအား ကျွန်ုပ်၏ ချေးငွေရယူနိုင်စွမ်း၊ ငွေကြေးအကူအညီခံစားခွင့်ရှိမှု သို့မဟုတ် ယခုအချိန်တွင်ဖြစ်စေ၊ နောင်လာရောက်ပြသသည့်အခါများတွင်ဖြစ်စေ ကျွန်ုပ်ထံမှ ငွေကောက်ခံနိုင်မှုရှိ/မရှိကို သုံးသပ်ရန်အတွက် ချေးငွေအတွက် ယုံကြည်တန်ဖိုးရှိ၊ မရှိ အချက်အလက်များကို အကဲဖြတ်သုံးသပ်ပေးသည့် အေဂျင်စီများအပါအဝင် ၎င်းတို့ရှေးချယ်သော ပြင်ပအချက်အလက်ရင်းမြစ်များနှင့် ဆက်သွယ်ခြင်းကို ကျွန်ုပ် သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ Advocate Health သည် ကျွန်ုပ်ပေးဆောင်ရန်ရှိသော အခကြေးငွေများကို ကောက်ခံရန်အတွက် လိုအပ်သည်ဟု ယူဆပါက ဤငွေတောင်းခံလွှာများကို ကြွေးမြီကောက်ခံရေးအေဂျင်စီများ သို့မဟုတ် ရှေ့နေများအပါအဝင် သင့်လျော်သည့် အဖွဲ့အစည်းများထံ လွှဲပြောင်းတောင်းခံပိုင်ခွင့်ရှိသည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူလက်ခံပါသည်။

15. **တစ်သီးပုဂ္ဂလသမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များ၏ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်သက်ဆိုင်သည့် တရားဝင်အသိပေးချက်-** အောက်ပါအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ် အပြည့်အဝ နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူလက်ခံပါသည်- ဤ ဆေးရုံ တွင် ကျွန်ုပ်အား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများပေးသည့် သမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များ (ပညာရှင်များ) သည် ဆေးရုံ သို့မဟုတ် ADVOCATE HEALTH ၏ ဝန်ထမ်းများ မဟုတ်ကြပါ။ ၎င်းတို့သည် ပုဂ္ဂလိကကုသထိန်းသိမ်းရေး သို့မဟုတ် တစ်သီးပုဂ္ဂလကျန်းမာရေးပညာရှင်များဖြစ်ကြပါသည်။ အဆိုပါပုဂ္ဂလိကကုသထိန်းသိမ်းရေး သို့မဟုတ် တစ်သီးပုဂ္ဂလကျန်းမာရေးပညာရှင်များတွင် သမားတော်များနှင့် လက်ထောက်သမားတော်များ၊ အသိအမှတ်ပြု လက်မှတ်ရ မေ့ဆေးသူနာပြုဆရာမများ၊ သူနာပြုပညာရှင်များနှင့် သာမန်သူနာပြုများအပါအဝင် အခြားသော ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ အကန့်အသတ်မရှိပါဝင်ပါသည်။ ဆေးရုံ၏ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်များအဖြစ် မိမိကိုယ်ကို ရှင်းလင်းစွာ ထုတ်ဖော်ထားသော သမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များကသာလျှင် ဆေးရုံ၏ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်များဖြစ်ပါသည်။ တစ်သီးပုဂ္ဂလသမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များသည် Advocate Health နှင့်/သို့မဟုတ် Advocate ၏ ဆေးရုံ/အဖွဲ့အစည်းအမည်ကို ဖော်ပြထားသည့် လုံခြုံရေး အိုင်ဒီကဒ်ပြားများ တပ်ဆင်ထားရန် လိုအပ်ပါသည်။ ထိုတံဆိပ်များကို သမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များ၏ အလုပ်ခန့်ထားမှုအခြေအနေကိုဖော်ပြထားခြင်းအတွက်မဟုတ်ဘဲ လုံခြုံရေးအတွက်သာ ရည်ရွယ်၍ သီးသန့်အသုံးပြုခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတို့အား အလုပ်ခန့်အပ်ထားခြင်းရှိ၊ မရှိကို သိရှိနိုင်ရန် ကျွန်ုပ်၏ သမားတော်/ကျန်းမာရေးပညာရှင်ထံ မေးမြန်းသင့်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။

ဆေးရုံ မှ ခန့်အပ်ထားခြင်းမရှိသည့် သမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များကို ၎င်းတို့၏လူနာများအား စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကုသမှုများပေးနိုင်ရန်အတွက် ဆေးရုံအသုံးပြုခွင့် ပေးအပ်ထားပါသည်။ ဆေးရုံမှခန့်အပ်ထားခြင်းမရှိသည့် သမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များတွင် ကျွန်ုပ်အား အဓိကပြုစုကုသမှုပေးသည့် သမားတော်များ၊ လက်ရှိကုသပေးနေသော သမားတော်များ၊ လက်ထောက်သမားတော်များ၊ အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ရ မေ့ဆေးသူနာပြုများ၊ သူနာပြုများနှင့် အရေးပေါ်ဆေးကုသမှု၊ ဒဏ်ရာကုသမှု၊ နှလုံးဆိုင်ရာ၊ သားဖွားနှင့် မီးယပ်ဆိုင်ရာ၊ ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ ဓာတ်မှန်ဆိုင်ရာ၊ မေ့ဆေးဆိုင်ရာ၊ ရောဂါဗေဒဆိုင်ရာနှင့် အခြားသော အထူးကုဆိုင်ရာ ပညာရပ်များ၌ လုပ်ကိုင်နေသူများ ပါဝင်ပါသည်။ ဆေးရုံ နှင့် Advocate Health တို့သည် ထိုတစ်သီးပုဂ္ဂလသမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ကန့်သတ်ထိန်းချုပ်ထားခြင်းမရှိပါ။ အဆိုပါတစ်သီးပုဂ္ဂလသမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များသည် ကျွန်ုပ်အားကုသရာတွင် သို့မဟုတ် ပညာရပ်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်ရာတွင် ၎င်းတို့၏ဆေးပညာနှင့် ယှဉ်သော အသိဖြင့် လွတ်လပ်စွာ ဆုံးဖြတ်သည်ဖြစ်ရာ ၎င်းတို့ပေးအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကုသမှုများအတွက် ၎င်းတို့တွင်သာ တာဝန်ရှိပြီး ဥပဒေအရ တာဝန်ခံရမည်ဖြစ်သည်။ ထိုတစ်သီးပုဂ္ဂလသမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များ ပေးအပ်ခဲ့သည့် စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကုသမှုများအတွက် ဆေးရုံ နှင့် Advocate Health တို့တွင် ဥပဒေကြောင်းအရ တရားဝင် တာဝန်မရှိပါ။ ကျွန်ုပ်သည် ထိုတစ်သီးပုဂ္ဂလသမားတော်များ/ကျန်းမာရေးပညာရှင်များထံမှ ၎င်းတို့ပေးအပ်ခဲ့သည့် ပေးအပ်ခဲ့သည့် စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကုသမှုများအတွက် သီးသန့်ငွေတောင်းခံလွှာတစ်စောင်ချင်းစီကို လက်ခံရရှိမည်ဖြစ်ပြီး ထိုငွေတောင်းခံလွှာများကို ကျွန်ုပ်တစ်ဦးတည်းက ပေးချေရန် တာဝန်ရှိပါသည်။



Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

ဆေးရုံ သို့မဟုတ် Advocate Health မှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုရယူရန် ကျွန်ုပ်၏ဆုံးဖြတ်ချက်သည် ကုသပေးသည့် ဆရာဝန်များ/ကျန်းမာရေး ပညာရှင်များသည် ဆေးရုံ နှင့် Advocate Health ၏ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်များဖြစ်သည်ဟူသော မည်သည့်နားလည်မှု၊ ကိုယ်စားပြုဖော်ပြမှု၊ ကြော်ငြာမှု၊ မီဒီယာလွှဲဆောင်မှု၊ ကောက်ချက်ချမှု၊ ယူဆချက် သို့မဟုတ် တည်မှီမှုတို့အပေါ် အခြေခံ၍ ရွေးချယ်ခဲ့ခြင်းမဟုတ်ပါ။ အဘယ်ကြောင့်ဆိုသော် ၎င်းတို့သည် အထက်တွင်ဖော်ပြထားခဲ့သည့်အတိုင်း ဆေးရုံ နှင့် Advocate Health တို့၏ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်များ မဟုတ်ကြသောကြောင့်ဖြစ်ပြီး အခြားနည်းလမ်းဖြင့် ကျွန်ုပ်အား ရှင်းလင်းစွာ ဖော်ပြထားခြင်းမရှိသောကြောင့်ဖြစ်သည်။

လူနာ/ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည်စာလုံးအတိုကောက် (Patient/Representative Initials)- _____

16. ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများနှင့် လူနာ၏ရပိုင်ခွင့်များ အသိပေးချက်- ဆေးရုံ က ကျွန်ုပ်အား ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများနှင့် လူနာ၏ ရပိုင်ခွင့်များ အသိပေးချက်မိတ္တူတစ်စောင်ကို ပေးအပ်ခဲ့ပြီးဖြစ်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ အဆိုပါအသိပေးချက်တွင် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ အသုံးပြုခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းများနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် ဆေးရုံ ၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ၊ ဆေးရုံ၏ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျသင့်သည့် အခကြေးငွေ၊ ငွေကောက်ခံမှု၊ အခမဲ့ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှုအထောက်အကူအစီအစဉ်များနှင့် လူနာ၏ အခြားသောရပိုင်ခွင့်များနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် ဆေးရုံ ၏ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာ မူဝါဒကို ဖော်ပြထားကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။ ဤစာရွက်စာတမ်းမိတ္တူများကို မသိမ်းဆည်းရန် ကျွန်ုပ် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

အောက်တွင် ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ဆေးရုံ သည် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် အမျိုးမျိုးသော ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးစွမ်းနိုင်ရန် ပုဂ္ဂလိက ကန်ထရိုက်တာများ သို့မဟုတ် တစ်သီးပုဂ္ဂလကျန်းမာရေးပညာရှင်များကို အသုံးပြုကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပြီး လက်ခံအသိအမှတ်ပြုကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် သီးခြားသမားတော်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် စပ်လျဉ်းပြီး သီးခြားဘာသာစကားဖြင့် ရေးသားထားသည့် ဤသဘောတူခွင့်ပြုချက်ဖောင်ကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ကြောင်း၊ မေးခွန်းများကို မေးမြန်းခွင့်ရခဲ့ပြီး မေးခွန်းတိုင်းကို ကျွန်ုပ်အား ကျွန်ုပ်စိတ်ကျေနပ်သည်အထိ ဖြေကြားပေးခဲ့ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် ထပ်လောင်း၍ လက်ခံအသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏အီလက်ထရွန်းနစ်လက်မှတ်သည် ကျွန်ုပ်ရေးထိုးနေကျ လက်မှတ်နှင့် ကွဲပြားနိုင်သော်လည်း၊ ၎င်းလက်မှတ်သည် ဥပဒေအရ တရားဝင်စည်းနှောင်မှုရှိပြီး အတည်ပြုနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် လက်ခံအသိအမှတ်ပြုပါသည်။

နေ့စွဲ (Date)	အချိန် (Time)	လူနာ၏လက်မှတ် (Signature of Patient)	
နေ့စွဲ (Date)	အချိန် (Time)	တရားဝင်လွှဲအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်၏လက်မှတ် (Signature of Legally Authorized Agent)	လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ (Relationship to Patient)

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

