

# Медицинский центр гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC

## Согласие пациента и подтверждение ознакомления с мерами обеспечения конфиденциальности для использования и/или передачи защищенной медицинской информации в целях лечения, осуществления платежей и выполнения других действий, связанных с предоставлением медицинских услуг

Я, <Patient name>, настоящим заявляю, что, подписывая эту Форму согласия, я подтверждаю изложенное ниже и даю на это свое согласие:

1. До подписания мной этого согласия мне было предоставлено Уведомление о мерах обеспечения конфиденциальности (далее «Уведомление о конфиденциальности») Медицинского центра гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC (далее «Центр»). В Уведомлении о конфиденциальности содержится описание допустимых способов использования и/или передачи Центром моей защищенной медицинской информации (ЗМИ). Я понимаю, что позднее могу получить копию Уведомления о конфиденциальности по моей просьбе. Сотрудники Центра рекомендовали мне внимательно ознакомиться с Уведомлением о конфиденциальности перед подписанием этой Формы согласия. Центр оставляет за собой право вносить изменения в свои правила обеспечения конфиденциальности, изложенные в Уведомлении о конфиденциальности, в соответствии с действующим законодательством.
2. Я понимаю и даю согласие на то, что Центр будет напоминать мне о предстоящих приемах у врача следующим образом:
  - a. в виде открытки по почте на указанный мною адрес и/или
  - b. по моему домашнему телефону, в том числе в виде сообщения на автоответчике.
3. Я понимаю, что если я не подпишу эту Форму согласия на использование и передачу информации в порядке, описанном в Уведомлении о конфиденциальности, то Центр откажет мне в лечении.

**Я прочитал(а) и понял(а) изложенное выше заявление и получил(а) исчерпывающие и понятные для меня ответы на все мои вопросы.**

Подпись\_пациента или законного представителя  
<Patient\_Sig>

Подпись\_свидетеля  
<Witness\_Sig>

### ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОТРУДНИКОМ ЦЕНТРА

#### Невозможность получить подтверждение

Заполняется только при отсутствии подписи. Если получить подтверждение пациента не представляется возможным, опишите действия, которые были в разумной мере предприняты для его получения, а также причины, по которым подтверждение получено не было:

---

---

---

---

Подпись представителя Центра: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия представителя Центра печатными буквами: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_