

UNIVERSITY OF MINNESOTA | SCHOOL OF DENTISTRY | ВЫДАЧА ЗАПИСЕЙ

ШАГ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ:

Пациент (фамилия, имя, средний инициал):	Дата рождения (мм/дд/гггг):
Телефон:	№ карты:

ШАГ 2. ВЫБЕРИТЕ УСЛУГУ:

- Только запись из стоматологической карты
 Только рентгеновские снимки зубов
 Записи стоматологической карты и рентгеновские снимки

ЭТАП 3. КУДА ОТПРАВИТЬ ИНФОРМАЦИЮ: (Выберите вариант)

<input type="checkbox"/> ОТПРАВИТЬ ПО ПОЧТЕ ПО АДРЕСУ (5–7 рабочих дней): <u>15 долларов США</u> Имя и фамилия: _____ Адрес: _____ Квартира №: _____ Город/штат: _____ Почтовый индекс: _____ Телефон: _____	<input type="checkbox"/> ОТПРАВИТЬ ПО ЭЛ. ПОЧТЕ (2–3 рабочих дня): <u>БЕСПЛАТНО</u> Имя и фамилия: _____ Эл. почта: _____ <input type="checkbox"/> ЗАБРАТЬ (5–7 рабочих дней): <u>15 долларов США</u> (Справочная стойка на 7-м этаже, пн–пт 10:00–12:00, 14:00–16:00)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ШАГ 4. ПРИЧИНА ЗАПРОСА: _____

ШАГ 5. ПРОЧИТАЙТЕ И ПОДПИШИТЕ НИЖЕ: (ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я понимаю следующее:

1. Выдаваемая информация может содержать записи, содержащие сведения о расстройствах поведения и (или) психических расстройствах, лечении алкогольной и (или) наркотической зависимости, ВИЧ и СПИД, а также генетическую информацию.
2. Я имею право отозвать настоящее разрешение (в письменной форме) в любое время, за исключением информации, которая уже была выдана в соответствии с настоящим разрешением. Чтобы отозвать настоящее разрешение, необходимо направить письменное уведомление по адресу: University of Minnesota School of Dentistry, ATTN: Privacy Officer, 8-434 Moos Health Sciences Tower, 515 Delaware Street, S.E., Minneapolis, MN 55455.
3. Информация, использованная или раскрытая по настоящему разрешению, может быть далее раскрыта получателем, и на это дальнейшее раскрытие уже не распространяется действие федерального законодательства.
4. Информация, на выдачу которой дано разрешение, может содержать записи, которые могут указывать на наличие какого-либо заразного или незаразного заболевания.
5. Ни мое лечение, ни оплата моего лечения никак не зависят от подписания мною этого разрешения.
6. Срок действия данного разрешения истечет через 1 (один) год начиная с указанной ниже даты.

Ставя свою подпись, вы соглашаетесь с тем, что вам понятны условия, изложенные в этой форме, и вы их принимаете. Вы даете University of Minnesota School of Dentistry разрешение на копирование касающихся вас записей, а также их сбор, отсылку по почте или по электронной почте в адрес указанной выше стороны.

ПОДПИСЬ: _____	ДАТА: _____
----------------	-------------

ШАГ 6. ОТПРАВИТЬ ПОДПИСАННУЮ ФОРМУ РАЗРЕШЕНИЯ НА ВЫДАЧУ ЗАПИСЕЙ (С ОПЛАТОЙ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО) ОДНИМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СПОСОБОВ:

ПО ПОЧТЕ:	ПО ФАКСУ ИЛИ ПО ЭЛ. ПОЧТЕ:	ОСТАВИТЬ:
University of Minnesota School of Dentistry 515 Delaware Street S.E. - Room 16-205E Minneapolis, MN 55455	Факс: 612-625-3227 Эл. почта: dentxray@umn.edu	Здание Moos Tower (School of Dentistry), 7-й этаж, справочная стойка

ОПЛАТА ПО ПОЧТЕ: только чек. **ОПЛАТА ПО ТЕЛЕФОНУ:** (612-625-2495) только банковская карта. **ОПЛАТА ЛИЧНО:** наличные деньги, чек или банковская карта на любой стойке регистрации. **ОПЛАТА ОНЛАЙН:** зайдите на страницу dentistry.umn.edu/patients/pay и внесите оплату через портал безопасной обработки платежей.

У Вас возникли вопросы? Звоните в справочную службу School of Dentistry (612-625-2495)

Ред. от 27 августа 2015 г.