



Patient Label

## Запрос на предоставление доверенного доступа в MyHealth для взрослого

Любой пациент может предоставить другому (доверенному) лицу доступ к своей личной медицинской информации через доверенный доступ MyHealth. Чтобы получить доступ к медицинской документации другого лица, у доверенного пользователя должна быть своя собственная учетная запись MyHealth.

Объем медицинской документации, которую может видеть доверенный пользователь, может быть полным или ограниченным:

- **Полный доверенный доступ** предусматривает возможность просмотра всей медицинской документации, доступной для просмотра самому пациенту.
- **Ограниченный доверенный доступ** может включать доступные для просмотра записи на прием, ограниченную отправку сообщений, информацию о выставленных счетах.

Эта форма должна быть заполнена взрослым пациентом, который разрешает другому взрослому получить доступ к своей медицинской информации. **Если пациент не в состоянии подписать эту форму, необходимо предоставить документ, подтверждающий статус законного представителя или доверенность на принятие медицинских решений. Запрос на предоставление доверенного доступа считается действительным при условии, что в нем заполнены все разделы.** Заполненные формы можно передать в клинику Legacy, в которой обслуживается пациент.

Данные пациента	
Имя и фамилия пациента: _____	Дата рождения: _____
Возраст: _____	
Адрес: _____	
Сведения о доверенном пользователе	
Имя и фамилия доверенного пользователя: _____	
Дата рождения: _____	
Телефон для связи: _____	Адрес электронной почты: _____
Адрес: _____	
Кем приходится пациенту (выбрать одно): <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Законный представитель* <input type="checkbox"/> Опекун* <input type="checkbox"/> Родитель	
<input type="checkbox"/> Другое: _____	
<b>*Законный представитель, опекун, доверенное лицо с правом принятия медицинских решений должны предоставить документ, подтверждающий их полномочия.</b>	
Тип предоставленного доступа (выбрать одно): <input type="checkbox"/> Полный доверенный доступ <input type="checkbox"/> Ограниченный доверенный доступ	
<small>*Если тип доступа не выбран, по умолчанию будет предоставлен ограниченный доверенный доступ</small>	

### Разрешение пациента на предоставление доверенного доступа

Ставя свою подпись, я понимаю, что предоставляю вышеуказанному лицу доступ к своей медицинской информации через Legacy Health MyHealth. Я понимаю, что доверенный доступ предоставляется добровольно, и от меня не требуют назначить доверенного пользователя. Я понимаю, что вправе в любое время отозвать доверенный доступ, подав письменный запрос. Я соглашаюсь соблюдать *Условия использования MyHealth от Legacy Health*, доступные по ссылке <https://myhealth.lhs.org>

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

**Информация доверенного пользователя**

Я подтверждаю, что являюсь доверенным пользователем, поименованным выше, которому предоставлен доступ к защищенной информации о состоянии здоровья указанного пациента через Legacy Health MyHealth. Я соглашаюсь соблюдать *Условия использования MyHealth от Legacy Health*, доступные по ссылке <https://myhealth.lhs.org>

\_\_\_\_\_  
**Подпись назначенного доверенного пользователя**

\_\_\_\_\_  
**Дата**