



## ЗАПИТ ПАЦІЄНТА НА ДОСТУП ДО ВИЗНАЧЕНОГО НАБОРУ ДОКУМЕНТІВ PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (UKRAINIAN)

У деяких регіонах компанія Swedish Health Services і її філії можуть зберігати амбулаторні записи пацієнтів окремо від стаціонарних. За запитом ми з радістю надішлемо факсом копію цього бланку в інші установи.

In some areas, Swedish Health Services and affiliates may store patient clinic records separately from patient hospital records. We would be glad to fax a copy of this form to other facilities upon request.

Якщо вам потрібно більше місця, ніж є в бланку заяви, ви можете докласти ще один аркуш. You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.

**Будь ласка, здайте цю форму за однією з адрес, залежно від того, де ви отримали обслуговування:**

**Please submit this form to one of these locations, depending on where you received care:**

<p><b>Swedish Medical Center</b> Release of Information 747 Broadway, Seattle, WA 98122 Телефон/ Phone: (206) 320-3850 Факс/ Fax: (206) 320-2626 Електронна пошта/ Email: ROI@swedish.org</p>	<p><b>Swedish Medical Group</b>  Телефон/ Phone: (206) 320-3025 Факс/ Fax: (478) 238-9436 Електронна пошта/ Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	---

За цей запит може стягуватися плата.  
Fees may be associated with this request.

**Важлива примітка.** Компанія Swedish і її філії більше не друкують і не розголошують номери соціального забезпечення клієнтів, якщо тільки це не є необхідним для виставлення рахунку. Однак номери соціального забезпечення можуть бути внесені до карт пацієнтів, що були створені кілька років тому. Записи, які ви просите надати, можуть містити номер вашого соціального забезпечення.



**Important:** Swedish and affiliates no longer print or release patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient records that are more than a few years old. The records you are requesting may include your social security number.

Установа, її співробітники, службовці та лікарі цим звільняються від будь-якої юридичної відповідальності або зобов'язання щодо розголошення вищевказаної інформації в тій мірі, як це вказано та дозволено цим документом.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Компанія Swedish Health Services і її афілійовані особи не допускають у рамках своїх програм і заходів дискримінації на підставі раси, кольору шкіри, національності, статі, віку або інвалідності.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

**ATTENTION:** If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**注意:** 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



## ЗАПИТ ПАЦІЄНТА НА ДОСТУП ДО ВИЗНАЧЕНОГО НАБОРУ ДОКУМЕНТІВ PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (UKRAINIAN)

Ім'я пацієнта: _____		Дата народження: _____	
Patient's Name:		DOB:	
Інші форми імені: _____		Телефон: _____	
Prior Name(s) Used:		Phone:	
Адреса пацієнта: _____			
Patient's Address:			
Місто: _____	Штат: _____	Поштовий індекс: _____	
City:	State:	Zip Code:	
Електронна пошта пацієнта: _____			
Patient's Email:			
Надайте мої записи: мені за вказаною вище адресою <input type="checkbox"/>		або отримувачу <input type="checkbox"/>	
Please disclose my records to: Myself at the address above <input type="checkbox"/>		or the following recipient <input type="checkbox"/>	
Ім'я: _____	Адреса: _____		
Name:	Address:		
Місто: _____	Штат: _____	Поштовий індекс: _____	
City:	State:	Zip Code:	
Телефон: _____	Факс: _____	Електронна адреса: _____	
Phone:	Fax:	Email:	
Проху надіслати мої записи наступним чином:			
<input type="checkbox"/> MyChart	<input type="checkbox"/> електронною поштою	<input type="checkbox"/> на диску	<input type="checkbox"/> у вигляді паперової форми
Please send my records via:			
<input type="checkbox"/> MyChart	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Disc	<input type="checkbox"/> Paper
<input type="checkbox"/> Fax			
<b>Я прошу надати інформацію з такої установи (установ):</b>			
<b>I am requesting information from the following facility(s):</b>			
Список лікарень або назви постачальників I (АБО)		Список клінік або назви постачальників	
List Hospital(s) or Provider Name(s)		AND/OR	List Clinic(s) or Provider Name(s)
За дати від: _____		до: _____	



3600

**SWEDISH**

Patient Identification Sticker

For the range of dates from:	to:
<b>Інформація, яка підлягає розголошенню:</b>	
<b>Information to be disclosed:</b>	
<input type="checkbox"/> Історія та анамнез History & Physical <input type="checkbox"/> Звіт про операцію Operative Report <input type="checkbox"/> Звіти про діагностику (лабораторні дослідження, рентген, ЕКГ тощо) Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) <input type="checkbox"/> Інше (вказати): _____ Other (specify): _____	<input type="checkbox"/> Виписка з історії хвороби Discharge Summary <input type="checkbox"/> Відділення невідкладної допомоги Emergency Department <input type="checkbox"/> Записи зі звіту про перебіг лікування Report Progress Notes <input type="checkbox"/> Лише за останні два роки Last 2 years only
За цей запит може стягуватися плата. Деякі записи неможливо отримати за допомогою MyChart. Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.	
Підпис пацієнта: _____ <small>(Друкована форма, підписана від руки)</small> Patient Signature: _____ <small>(Print form and sign by hand)</small>	Дата: _____ Date: _____
Ім'я представника пацієнта: _____ Representative Name: _____	Дата: _____ Date: _____
Підпис представника: _____ Відносини з пацієнтом: _____ Representative Signature: _____ Relation to Patient: _____	
<small>(Друкована форма, підписана від руки. Додайте супровідну документацію.)          (Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)</small>	