

**ДОЗВІЛ НА ВИКОРИСТАННЯ, РОЗГОЛОШЕННЯ ТА ВИКРИТТЯ ЗАХИЩЕНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я  
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (UKRAINIAN)**

**Я розумію наступне:** I understand the following:

- **Я маю право не підписувати цю форму для отримання дозволу на розкриття або публікацію моєї захищеної інформації про стан здоров'я. Відмова від підписання форми для отримання дозволу не матиме негативного впливу на отримання медичних послуг або відшкодування витрат на послуги. Єдиною обставиною, за якої відмова підписати цей дозвіл може вплинути на мою здатність отримувати медичні послуги, є те, що медичні послуги будуть пов'язані з проведенням досліджень або будуть надаватися виключно з метою надання медичної інформації іншій особі, і для розкриття такої інформації буде потрібен дозвіл.**

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- **За цей запит може стягуватися плата.** There may be a fee associated with this request.
- **Інформація, яка використовується або розкривається відповідно до цього дозволу, може підлягати повторному розкриттю та більше не захищена федеральним законом. Однак я також розумію, що відповідно до федерального закону або закону штату розкриття інформації про ВІЛ або СНІД, психічний стан здоров'я, генетичне тестування, а також інформації про діагностику, лікування нарко- чи алкогольної залежності або направлення до відповідних фахівців може бути обмежено.**

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- **Я маю право отримати копію цієї підписаної форми для дозволу.**

I have the right to receive a copy of this signed authorization.

- **Я маю право будь-коли відкликати цей дозвіл у письмовій формі. Якщо я відкликую цей дозвіл, то інформація, описана нижче, не зможе більше бути використана або розкрита для цілей, описаних у письмовому дозволі. Єдиним винятком є випадки, коли компанія Swedish діє, спираючись на цей дозвіл, або дозвіл було отримано як умову для страхування.**

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

**Надішліть цей дозвіл або заяву на його відкликання на одну з цих адрес (залежно від того, де ви отримували лікування):**

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

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



**ДОЗВІЛ НА ВИКОРИСТАННЯ, РОЗГОЛОШЕННЯ ТА ВИКРИТТЯ ЗАХИЩЕНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я  
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (UKRANIAN)**

**Важлива примітка.** Компанія Swedish більше не друкує та не розголошує 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. Інформація, яку ви дозволяєте розкривати, може включати номер вашого соціального страхування.

**Important:** Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released 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.

**УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, можете скористатися безкоштовними послугами перекладача. Телефонуйте за номером } (888) 311-9127 (ТТУ: 711).**

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

**Я дозволяю компанії Swedish використовувати та розголошувати копію певної медичної інформації, описаної нижче, а саме такі дані:**

I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

**Ім'я пацієнта/Patient's Name:** \_\_\_\_\_ **Дата народження/DOB:** \_\_\_\_\_

**Адреса пацієнта/Patient's Address:** \_\_\_\_\_ **Телефон/Phone:** \_\_\_\_\_

**Місто/City:** \_\_\_\_\_ **Штат/State:** \_\_\_\_\_ **Поштовий індекс/Zip Code:** \_\_\_\_\_

**Підлягає розголошенню:**  **Власне ім'** або **ім'я отримувача:** \_\_\_\_\_  
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

**Адреса отримувача:** \_\_\_\_\_  
Recipient's Address:

**Місто/City:** \_\_\_\_\_ **Штат/State:** \_\_\_\_\_ **Поштовий індекс/Zip Code:** \_\_\_\_\_

**Телефон/Phone:** \_\_\_\_\_ **Факс/Fax:** \_\_\_\_\_ **Електронна пошта/Email:** \_\_\_\_\_

**Прошу надіслати мої записи наступним чином:**  **MyChart**  **електронною поштою**  **на диску**  
Please send my records via: Email Disc  
 **у вигляді паперової форми**  **факсом**  
Paper Fax

**Я прошу надати інформацію з такої установи (установ):** I am requesting information from the following facility(s):

Назва лікарні (список) і номер телефону Hospital Name (List) & Phone Number	Назва клініки (список) і номер телефону Clinic Name (List) & Phone Number



# SWEDISH

## ДОЗВІЛ НА ВИКОРИСТАННЯ, РОЗГЛОШЕННЯ ТА ВИКРИТТЯ ЗАХИЩЕНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (UKRAINIAN)

За дати від: \_\_\_\_\_ до: \_\_\_\_\_  
For the range of dates from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_

Для інформації про такі діагнози або травми: \_\_\_\_\_  
For information related to the following diagnosis or injury: \_\_\_\_\_

### Інформація, яка підлягає розголошенню/Information to be disclosed:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Історія та анамнез /History & Physical   | <input type="checkbox"/> Виписка з історії хвороби/Discharge Summary                       |
| <input type="checkbox"/> Звіт про операцію/Operative Report   | <input type="checkbox"/> Звіт відділення невідкладної допомоги/Emergency Department Report |
| <input type="checkbox"/> Звіти про діагностику (лабораторні дослідження, рентген, EKG тощо)<br>Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> Записи про перебіг лікування/Progress Notes                       |
| <input type="checkbox"/> Інше (вказати)/Other (specify): _____  |  |

З метою: \_\_\_\_\_  
For the purpose of: \_\_\_\_\_

Якщо цей дозвіл не буде відкликано, термін його дії завершиться через 180 днів або на цю дату: \_\_\_\_\_  
Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date: \_\_\_\_\_

**Умови. Цей дозвіл, якщо його прямо не обмежено мною в письмовій формі, буде поширюватися на всі аспекти тестування та (або) лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, СНІДу, ВІЛ-інфекції, зловживання алкоголем і (або) наркотиками, психічних розладів або на іншу конфіденційну інформацію.**

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

Підпис пацієнта: \_\_\_\_\_ Дата/Date: \_\_\_\_\_  
Patient Signature: \_\_\_\_\_ (Друкована форма, підписана від руки)  
(Print form and sign by hand)

Ім'я представника пацієнта: \_\_\_\_\_ Дата/Date: \_\_\_\_\_  
Patient Representative Name: \_\_\_\_\_

Підпис представника пацієнта: \_\_\_\_\_  
Patient Representative Signature: \_\_\_\_\_ (Друкована форма, підписана від руки. Додайте супровідну документацію.)  
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

Відносини з пацієнтом: \_\_\_\_\_  
Relation to Patient: \_\_\_\_\_



1ROI