

Մեկ այլ անձի նշանակում՝ բժշկական խնամքի համաձայնությունն տրամադրելու համար

Լավագույն տարբերակն այն է, երբ ծնողը կամ օրինական խնամակալն է երեխաներին բերում խնամք ստանալու: Սակայն, երբեմն դուք կարող եք ցանկանալ, որ այլ **անձինք** բերեն ձեր երեխային, օրինակ՝ ընտանիքի անդամը: Որպեսզի ձեր երեխային բժշկվել ստուգվի, մենք պետք է գրավոր լիազորություն ունենանք, որը թույլ կտա այս անձին ուղեկցել ձեր երեխային (երեխաներին):

Սա թույլ է տալիս, որպեսզի այլ անձը, որին դուք ընտրել եք, ծառայություններ/բուժում խնդրի, որոշումներ կայացնի ձեր երեխայի ատամնաբուժական և տեսողության բուժման վեբաբերյալ, քննարկի և համաօգտագործի ձեր երեխային վերաբերող բժշկական տվյալները և տեսնի բոլոր անհրաժեշտ բժշկական արձանագրությունները, երբ դուք ի վիճակի չեք ձեր երեխայի հետ գալ այցելության:

Ծնող(ներ)/օրինական խնամակալ(ներ)

Անուն՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվ՝ _____ Հարաբերությունը հիվանդի հետ՝ _____

Անուն՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվ՝ _____ Հարաբերությունը հիվանդի հետ՝ _____

** Բոլոր ծնողները/օրինական խնամակալները պետք է նշված լինեն:*

ՏԱՐԲԵՐԱԿ Ա

Ես **ԶԵՍ** լիազորում վերոնշյալ ծնող(ներ)ից/օրինական խնամակալ(ներ)ից բացի որևէ այլ մեկի

ՏԱՐԲԵՐԱԿ Բ

Ես լիազորում եմ հետևյալ անձանց՝ երեխայիս տանելու և հետ բերելու նրա պայմանավորվածությունից և կայացնելու բոլոր անհրաժեշտ որոշումները:

(Խնդրում ենք ստորև նշել բոլոր նրանք, որոնք կիրառելի են):

Անուն՝ _____ Հարաբերությունը հիվանդի հետ՝ _____

Անուն՝ _____ Հարաբերությունը հիվանդի հետ՝ _____

Այն անձը(անձինք), որոնք դուք նշել եք, պետք է առնվազն 18 տարեկան կամ ավելի լինի (լինեն)

ՊԵՏԵ Ե ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՏԱՐԵԼ

- Ֆինանսական տեղեկություններ քննարկել (ապահովագրություն, համավճարումներ, նախկին հաշվի մնացորդ, հաշվի պատմություն):
- ԱՏԱՄԱԿԱՐԻՄԱԿԱԼ**. Երեխային ուղեկցել և որոշումներ կայացնել, որոնք կարող են ներառել ստուգում, ռադիոգրաֆիաներ, պրոֆիլակտիկաներ (ատամների մաքրում), շուրջատամային բուժում և ֆտորիդով բուժում, համաձայնությունն՝ ազտային օքսիդով ցավազրկում օգտագործելու (ծիծաղող գազ), հեռացումների և վերականգնողական նպատակով պայմանավորվածություններ (ներառում, բայց չեն սահմանափակվում ատամնալիցքերով, չժանգոտող պողպատե պսակներով և ատամի պուլպայի բուժգործողություններով): ***Ընդհանուր անզգայացում, ներերակային (IV) հանգստացնող և բերանով տրվող հանգստացնող նյութերի ժամադրությունները բացառվում են՝ անկախ ավարտված բուժգործողություններից և պահանջում են, որ ծնողը/խնամակալը ներկա գտնվի կամ երբ կիրառելի է ծնողը/խնամակալը համաձայնությունն տրամադրի:**
- ՕՐԹՈՂՈՒՑԻԱ**. Երեխային ուղեկցել պայմանավորվածության և օրթոդոնտիային վերաբերող որոշումներ կայացնել, որոնք կարող են ներառել ռադիոգրաֆիաներ, հարմարանքների ստուգումներ, բուժման համապատասխանություն և ամրացուցիչների ստուգումներ: *** Նախնական այցելություններ, փոփոխություններ բուժման ծրագրում, պայմանավորվածություններ, երբ բրեկետները դրվում կամ հանվում են, պայմանավորվածություններ, երբ պայմանագրային փոփոխություններ են կատարվում, տեղեկացված համաձայնությունն է թարմացվում և ինչպես պահանջվում է մատակարարի կողմից, բացառվում է և պահանջվում է, որ ծնողը/խնամակալը ներկա լինեն կամ երբ կիրառելի է ծնողը/խնամակալը համաձայնությունն տրամադրեն:**
- ՏԵՍՈՂՈՒԹՅՈՒՆ**. Երեխային ուղեկցել պայմանավորվածությունների և տեսողությանն առնչվող որոշումներ կայացնել, որոնք կարող են ներառել, բայց չսահմանափակվել հետևյալով՝ նախնական ստուգում, աչքի բիբի լայնացում, ստուգում, ակնոցների ընտրություն և ակնոցների կամ կոնտակտային ոսպնյակների ընտրության թույլտվություն:

Եթե ձեր երեխան 16 և ավելի տարեկան է, դուք կարող եք որոշել նրան թույլ տալ ընտրել իր սեփական ակնոցը և/կամ կոնտակտային ոսպնյակները

Այո, թույլ եմ տալիս նման ընտրության կատարումը Ոչ, թույլ չեմ տալիս նման ընտրության կատարումը

Հիվանդի անունը (տպագիր)՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

Ծնողի/խնամակալի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Եթե բժշկական հաստատությունից դուրս է լրացվել, վկա (նշված անձից բացի) է պահանջվում.

Վկայի անունը (տպագիր)՝ _____ Հեռախոսահամարը՝ _____

Վկայի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվը՝ _____

Սույն ձևաթղթի ժամկետը կավարտվի այն ստորագրելու պահի ամսաթվից սկսած մեկ տարի անց: Փոփոխություններ կարող են կատարվել ծնողի/խնամակալի կողմից՝ անձնակազմի ցանկացած անդամի հետ և ցանկացած պահի:

Փոփոխություններն ուժի մեջ կմտնեն, երբ բժշկական հաստատությունը դրանք ստանա:

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

THIS FORM SHOULD BE PROVIDED TO EACH SELECTED LOB DENTAL VISION ORTHO