၁။ ဆေးကုသခံယူမှုနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အထွေထွေ သဘောတူညီချက် (GENERAL CONSENT TO MEDICAL TREATMENT)

ဖရန်စစ်ကန် သမားတော်များ အဖွဲ့အစည်း (Franciscan Physician Network)၊ အဖွဲ့အစည်းမှ ဝန်ထမ်းများနှင့် အကျိုးဆောင် ("Provider") များသည် ကျွန်တော်/ကျွန်မ ဆေးကုသမှုခံယူနေရသည့်အချိန်နှင့်၊ ပုံမှန်ဆေးစစ်ဆေးခြင်းများ၊ ကျန်းမာရေးနှင့်သက်ဆိုင်သည့်လုပ်ငန်းစဉ်များအား၊ ကျွန်တော်/ကျွန်မ ၏ဆရာဝန်ညွှန်ကြားချက်နှင့်အညီ ဆောင်ရွက်မှုပေးရန် မေတ္တာရပ်ခံ သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏အကျိုးဆောင်("Provider") မှနေ၍ ဤဆေးကုသမှု ၏ ရလဒ်ကို မှချ၊ ကျိန်းသေ၊ အာမခံချက်များကို မည်သည့်နည်းနှင့်မျှ မပေးပါ။ ဆေးကုသမှုပြုမည့် သူများသည် ဆေးကုသမှုလိုင်စင်ရ သည့် ဆရာဝန်များသာမက၊ လိုင်စင်ရရှိရန်သင်တန်းယူနေသည့် ဆရာဝန်များ နှင့် အခြားသော ဆေးပညာ သင်ယူနေသည့် ကျောင်းသားများပါ သက်ဆိုင်ကျွမ်း ကျင်သည့် အပိုင်းများတွင် ပါဝင်ကူညီဆောင်ရွက် ပေးမည်ဖြစ်သည်ကို ကျွန်တော်/ကျွန်မ နားလည်ပါသည်။ လိုင်စင်ရရှိရန်သင်တန်းယူနေသည့် ဆရာဝန်များ နှင့် အခြားသော ဆေးပညာသင်ယူနေသည့် ကျောင်းသားများ ၏ ပါဝင်မှုများတွင် သင်တန်းဆရာနှင့် ဆေးရုံဝန်ထမ်းများ မှ ကြီးကြပ်ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်သည်။

၂။ ဓာတ်ပုံရိုက်ခွင့် သဘောတူညီချက် (CONSENT TO PHOTOGRAPH)

ဆေးရုံအဖွဲ့အစည်း ထံမှ လူနာအနေဖြင့်ဆေးကုသခံယူခွင့်ရရှိရန် ဓာတ်ပုံပါရှိသည့်သက်သေခံကတ်ပြားအား မည်သူဖြစ်သည်ဟု အတည်ပြုချက်ရရန် ပြရမည်ကို သဘောတူပါသည်။

ဆေးစစ်ခြင်းနှင့် ကုသမှုများအား ဖရန်စစ်ကန် သမားတော်များ အဖွဲ့အစည်း (Franciscan Physician Network) ပိုင်သည့် ကင်မရာဖြင့် ဓာတ်ပုံရိုက်ယူနိုင်ပါ သည်။ ဓာတ်ပုံများအား ကျွန်တော်/ကျွန်မ၏လျှို့ဝှက်ဆေးမှတ်တမ်းတွင် သိမ်းစည်းထားမည်ဟု နားလည်ပါသည်။

ဆေးကုသခံယူချိန်အတွင်း ဓာတ်ပုံရိုက်ခွင့် မပြုလိုပါက၊ ဤနေရာတွင် နာမည်တိုရေးထိုးပါ။ ____________________

၃။ MyChart အီလက်ထရောနစ် ဆေးမှတ်တမ်း အား အသုံးပြု/ဆက်သွယ်ခြင်းနှင့် ဆိုင်သည့် သဘောတူညီချက် (MyChart ELECTRONIC HEALTH RECORD ACCESS/COMMUNICATION INFORMED CONSENT)

MyChart ဆိုသည့် အီလက်ထရောနစ်ဆေးမှတ်တမ်းစနစ် ရှိခဲ့လျှင်၊ အသုံးပြုခွင့်တောင်းခံနိုင်ပြီး၊ အသုံးပြုနိုင်ရင်အတွက် လျှို့ဝှက်စကားဝှက်(Password) ပါလက်ခံရရှိမည်ဖြစ်သည်ကို နားလည်သိရှိပါသည်။ ထိုအရာများအား မည်သူ့ကိုမျှ အသိမပေးဘဲ လျှို့ဝှက်စွာ သိမ်းစည်းထားရမည်ကို သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ MyChart အသုံးပြုမှုတွင်ကန့်သတ်ထားသည့်လမ်းညွှန်ချက်များအတိုင်းသာ အသုံးပြုရမည်ကိုနားလည်ပါသည်။ MyChart အသုံးမပြုမီကန့်သတ်ထားသည့် လမ်းညွှန်ချက်များအားဖတ်ရှုလေ့လာပြီး၊ လမ်းညွှန်ချက်များအတိုင်း လုပ်ဆောင်နိုင်မှသာ ဆက်လက် အသုံးပြုမည်ဟု သဘောတူပါသည်။ အသက် ၁၂-၁၈ နှစ်အတွင်းကလေးများအသုံးပြုလိုလျှင်၊ သီးသန့် တဆင့်ခံကိုယ်စားလှယ်(Proxy) MyChart တောင်းခံအသုံးပြုပါ။

ဤနေရာတွင် MyChart စနစ် မရှိပါ။ (ဝန်ထမ်းအတွက်သာ) MyChart IS NOT available for this practice site (PFN stuff to indicate): ____________

ဤနေရာတွင် MyChart စနစ် ရှိသည်။ (ဝန်ထမ်းအတွက်သာ) MyChart IS available at this practice site (PFN staff to indicate): _____________

အီလက်ထရောနစ် ဆေးမှတ်တမ်း အသုံးပြုခြင်းကို ငြင်းဆိုပါက၊ ဤနေရာတွင် နာမည်တို ရေးပါ၊ ____________________

MyChart အသုံးပြုနေပြီး၊ ဆက်လက်၍ MyChart အသုံးပြုလိုလျှင်၊ ဤနေရာတွင် နာမည်တို ရေးပါ၊ ____________________

အသက် ၁၂-၁၈ နှစ်အတွင်းကလေးများ MyChart အသုံးပြုခြင်းကို ငြင်းဆိုပါက၊ ဤနေရာတွင် နာမည်တို ရေးပါ၊ ____________________

၄။ ငွေကြေး သဘောတူညီချက် (FINANCIAL AGREEMENT)

ဆေးဝါးကုသမှုအတွက် ကျသင့်သည့်ကုန်ကျစရိတ်များ ဆေးရုံအဖွဲ့အစည်းအားပေးဆောင်ရမည်ကို နားလည်ပါသည်။ ဤစရိတ်များတောင်းခံမှုအတွက် ရှေ့နေစားရိတ်များ ပါရှိခဲ့လျှင်၊ ထိုရှေ့နေစားရိတ်များကိုပါပေးဆောင်ရမည်ဖြစ်ပြီး၊ တရားဝင်အတိုးနှုန်း နှင့်အညီ ပေးဆောင်ရမည်ကို နားလည်ပါသည်။ ကုန်ကျသည့်စားရိတ်များအား ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီ (Medicare နှင့် Medigap များပါဝင်သည်) မှတဆင့်ပေးဆောင်နိုင်သည်ကို နားလည်ပြီး၊ လိုအပ်သည့်အချက်အလက်များအား ဆေးရုံအဖွဲ့အစည်းမှ သင့်လျှော်စွာ အသုံးပြုပြီး၊ ကျသင့်သည့်စရိတ်များကို ပြန်လည်တောင်းခံမှုပြုခြင်းအား ခွင့်ပြုပါသည်။ ထိုတောင်းခံမှုပြုသည့်ငွေ ပမာဏ သည်၊ ကျွန်ုပ်၏ကျသင့်ငွေထက် မပိုရပါ။ လူမှုဖူလုံရေးဥပဒေ ခေါင်းစဉ် XVII နှင့် XIX အရ ဆေးကုသမှု ခံယူခွင့် တောင်းခံခြင်းနှင့် အာမခံကုမ္ပဏီနှင့်သက်ဆိုင်သည့်အချက်အလက်များ အားလုံးတွင် ဖေါ်ပြသည့် အချက်အလက်များအားလုံး မှန်ကန်သည်ကို ကတိပြုပါသည်။

၅။ တယ်လီဖုန်း နှင့် လက်ကိုင်ဖုန်း နံပါတ် (TELEPHONE/CELL PHONE NUMBER)

ကျွန်တော်/ကျွန်မ ၏ ကျန်းမာရေးကိစ္စ၊ ဆေးဝါးကုသမှု ကုန်ကျစရိတ်တို့နှင့်ပတ်သက်၍ ဆက်သွယ်လိုလျှင် ကျွန်တော်/ကျွန်မ၏ တယ်လီဖုန်း သို့မဟုတ် လက်ကိုင်ဖုန်း သို့ ဆက်သွယ်ခွင့်ပြုပါသည်။

၆။ ဤသဘောတူညီချက် အား ပယ်ဖျက်ခြင်း (REVOCATION OF CONSENT)

ဖရန်စစ်ကန် သမားတော်များ အဖွဲ့အစည်း မှ လက်ရှိသဘောတူညီချက်အားဖြင့် လုပ်ဆောင်နေသည့်ကိစ္စမှအပ၊ ဤ သဘောတူညီချက် ကို အချိန်မရွေး ရုတ်သိမ်းနိုင်သည်။

၇။ အင်ဒီယားနား ဥပဒေ နှင့် တရားစီရင် ပိုင်ခွင့် (INDIANA LAW AND JURISDICTION)

ကျွန်တော်/ကျွန်မ ၏ ဆေးဝါးကုသမှု သည် အင်ဒီယားနား ပြည်နယ်တွင် ဖြစ်သည်ကို နားလည်ပါသည်။ ဆေးကုသခံယူမှုနှင့်ပတ်သက်၍ အခွင့်အရေးတောင်းဆိုမှု များရှိခဲ့လျှင် အင်ဒီယားနား ဥပဒေ နှင့် အညီဆုံးဖြတ်စီရင်မည်ဖြစ်ပြီး၊ အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၏ တရားရုံး မှ ထိုဆုံးဖြတ်စီရင်ချက် ကို ချမှတ်မည်ဖြစ်သည်ကို နားလည်ပါသည်။

ဤသဘောတူညီချက်စာတမ်း၏ မည်သည့်လိုင်းတွင်မဆို ကျွန်တော်/ကျွန်မ၏ နာမည်တို ရေးထိုးထားခဲ့လျှင် ထိုအချက်အား သဘောမတူကြောင်းကိုပြခြင်းဖြစ်သည်။ ထိုသို့ပြခြင်းသည် ကျွန်တော်/ကျွန်မ ထိုစာပိုဒ်အား သဘောမတူကြောင်း နှင့် ထိုစာပိုဒ်တွင် ရေးသားထားသည်များကို မလိုက်လျှောနိုင်ကြောင်း ကို နားလည်ပါသည်။

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ဤသဘောတူညီချက်အား သေချာစွာဖတ်ရှုပြီးပြီ ဖြစ်ပြီး၊ ဤသဘောတူညီချက်တွင်ပါရှိသည့် အချက်များအားလုံးသည် ဖရန်စစ်ကန် သမားတော်များ အဖွဲ့အစည်း (Franciscan Physician Network) မှ လက်ရှိ နှင့် အနာဂတ် ကာလ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအားလုံးနှင့်သက်ဆိုင်သည်ကို သဘောတူညီပါသည်။

______________________________	________________	______/_____/______
လူနာ အမည်	နေ့စွဲ	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်
______________________________	________________	
လူနာ လက်မှတ်	နေ့စွဲ	
______________________________	________________	
လူနာ၏အုပ်ထိန်းသူ (သို့) သက်ဆိုင်သူ (ရှိခဲ့လျှင်)	နေ့စွဲ	
______________________________	________________	
သက်သေ	နေ့စွဲ	