

**ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
Штат Массачусетс, США**

Notice of Privacy Practices Acknowledgment Form

**Форма - подтверждение получения Уведомления о конфиденциальности
представляемых сведений о состоянии здоровья (врачебной тайне)**

Фамилия, имя: _____
Идентификационный № _____

Учреждение/Место проведения/Программа: _____

Копия Уведомления Департамента охраны психического здоровья о конфиденциальности
сведений получена
(Вариант № _____ Дата вступления в силу _____)

Подпись: _____ Дата: _____
Личная подпись получателя, или его доверенного лица, согласно закону уполномоченного
получателем принимать решения по вопросам оказания ему медицинской помощи

Если форма подписана доверенным лицом получателя:

Фамилия и имя (печатными
буквами): _____ Роль _____
(Родитель, опекун, и т.п.)

Свидетель: _____
Дата: _____

Если получатель уполномочил доверенное лицо принимать за него решения по вопросам оказания
ему медицинской помощи, то Уведомление должно быть вручено доверенному лицу, и
подтверждение должно быть получено именно от него. **Если получатель, или его доверенное
лицо не расписались в отведённой выше графе, медработник должен зафиксировать,
когда и как было вручено уведомление, почему не было получено подтверждение, и что
было предпринято, чтобы его получить.**

Уведомление было вручено получателю: _____
дата

- | |
|---|
| ☐ При личной встрече |
| ☐ По почте |
| ☐ По Email |
| ☐ Другое _____ |

Причина отсутствия личной подписи, или подписи доверенного лица:

- ☐ Получатель, или доверенное лицо сочли нужным не подписываться
- ☐ Получатель, или доверенное лицо не отзывались, несмотря на предпринятые более
одной попытки связаться с ними
- ☐ Имеется электронное подтверждение об отправке и получении e-mail
- ☐ Другое _____

Добросовестные усилия: Следующие добросовестные усилия были предприняты для
того, чтобы получить подпись пациента, или его доверенного лица. Пожалуйста,
зафиксируйте подробности (например, дату или даты, точное время, с кем были проведены
беседы, каков результат бесед) усилий, приложенных Вами для получения подписи. Более **одной**
попытки получения подписи должны быть предприняты персоналом:

- ☐ Личная встреча
(встречи) _____

- ☐ Установление контакта (контактов) по телефону_____
- ☐ Отправка по почте_____
- ☐ Email_____
- ☐ Другое_____

Подпись
медработника: _____ Должность _____

Фамилия и имя (печатными буквами): _____
Дата _____

Согласно положениям Руководства по соблюдению конфиденциальности (врачебной тайне) в Департаменте охраны психического здоровья населения срок хранения настоящей формы в соответствующем архиве не менее шести лет