



ការអនុញ្ញាតក្នុងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រធានបេសកកម្មរបស់អ្នកអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមិនចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នក ដែលគេហៅថា "ព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ" (PHI) ជាមួយនរណាម្នាក់ដោយមិនមានការអនុញ្ញាតពីអ្នកឡើយ។ តាមរយៈការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ មានន័យថាអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យប្រធានបេសកកម្មរបស់អ្នក និង/ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំវិហារសាសនាទទួលបាន ដំណឹងអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។

ឈ្មោះបុគ្គលដែលព័ត៌មាននឹងត្រូវបានចែកចាយ

ឈ្មោះអ្នកផ្សាយសាសនា	លេខសម្គាល់ DMBA (ប្រសិនបើមាន)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
---------------------	-------------------------------	------------------

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ _____ (អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមន្ទីរថែទាំព្យាបាល)

បង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពាររបស់ខ្ញុំទៅអ្នកដឹកនាំនៃបេសកកម្ម _____

រួមទាំងប្រធានបេសកកម្ម និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

អាសយដ្ឋាន:
ទីក្រុង និង លេខកូដប្រៃសណីយ៍:
លេខទូរសព្ទ:

ព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ចេញ: កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្ត (មិនរាប់បញ្ចូលកំណត់សម្គាល់នៃការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ) ការធានារ៉ាប់រង ការទាមទារសំណង ការបង់ប្រាក់ និងព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍ រោគសញ្ញា ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការព្យាបាល ការព្យាករណ៍ លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ ឱសថដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពពីអតីតកាល បច្ចុប្បន្ន ឬអនាគតរបស់ខ្ញុំទាំងអស់។

គោលបំណងនៃការបញ្ចេញព័ត៌មាន: សម្រាប់ការវាយតម្លៃជាទូទៅអំពីសុខភាព និងកាយសម្បទារបស់ខ្ញុំ ដើម្បីបម្រើជាអ្នកផ្សព្វផ្សាយសាសនា និងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងការចាត់ចែងក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ពេលបម្រើជាអ្នកផ្សព្វផ្សាយសាសនាសម្រាប់ក្រុមជំនុំ The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints។

កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់: ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពចាប់ពីថ្ងៃអនុវត្តរហូតដល់មួយឆ្នាំ បន្ទាប់ពីខ្ញុំបញ្ចប់ពីបេសកកម្មរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើមិនមានការដកហូតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមុនពេលនោះ។

ហត្ថលេខា: ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើគឺសុទ្ធតែជាការពិត និងពេញលេញ។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះ។ ខ្ញុំអាចដកហូតការអនុញ្ញាតនេះតាមរយៈការសរសេរទៅអ្នកគ្រប់គ្រងផ្នែកអត្ថប្រយោជន៍របស់ Deseret Mutual Benefit ដោយផ្ញើចុះចំពោះ: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. ការដកហូតនឹងមានសុពលភាពសម្រាប់តែសកម្មភាពនាពេលអនាគតប៉ុណ្ណោះ ហើយនឹងមិនមានសុពលភាពចំពោះសកម្មភាពណាមួយមុនពេលទទួលបានការដកហូតរបស់ខ្ញុំនោះទេ។ ព័ត៌មានណាមួយដែលបានប្រើ ឬបង្ហាញដោយអនុលោមទៅតាមការអនុញ្ញាតនេះ អាចនឹងប្រើដើម្បីធ្វើការបង្ហាញឡើងវិញ ហើយដូច្នោះ អាចលែងត្រូវបានការពារដោយបទបញ្ជាឯកជន។

ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះ ឬសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអាចធ្វើទៅបាន នឹងមិនមានលក្ខខណ្ឌនៅពេលខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតនេះទេ លើកលែងតែអ្វីដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ជាធរមាន។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ខ្ញុំយល់ និងឯកភាពថាការបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ឬការដកហូតសិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ អាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការបម្រើ ឬបន្តបម្រើជាអ្នកផ្សព្វផ្សាយសាសនាសម្រាប់ក្រុមជំនុំ The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints។

ហត្ថលេខា អ្នកផ្សព្វផ្សាយសាសនា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____