



MISSIONARY  
M E D I C A L

# Bevollmächtigung bezüglich der Verwendung und Offenlegung von geschützten Gesundheitsinformationen

Name der Person, deren Informationen offengelegt werden

Name: \_\_\_\_\_ DMBA-ID oder Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

*Wer darf Informationen offenlegen:* Die Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints) mit verbundenen Unternehmen, einschließlich der Firma Deseret Mutual Benefits Administrators (DMBA), DMBA-Geschäftspartner, und sämtliche Gesundheitsdienstleister und/oder Betriebseinrichtungen (einschließlich auf dem Gebiet psychischer Krankheiten beruflich tätige Personen), die mich vor oder nach dieser Bevollmächtigung behandelt haben.

*Wer darf Informationen in Empfang nehmen:*

1. DMBA, einschließlich ihrer missionsärztlichen Abteilung
2. Handlungsbevollmächtigte und Mitarbeiter der missionsärztlichen Abteilung und die Risikomanagement-Abteilung der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints)
3. Allgemeine Verwaltungsstellen der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints)
4. Mein Missionspräsident und sein Ehepartner Dies umfasst auch die Präsidenten von historischen Orten, die Tempelpräsidenten, und die Direktoren des Besucherzentrums mit Ehepartner
5. Personen, die im Gesundheitsrat der Mission tätig sind
6. Die Führer der Priesterschaft meines Wohnbezirks (wie z. B. Bischof und Pfahlpräsident) und Büroangestellte, die meine örtlichen Führer der Priesterschaft beistehen (wie z. B. Gemeindegemeindeführer und Pfahlsekretäre)
7. Mitarbeiter des Missions-Schulungszentrums
8. Mitarbeiter des BYU-Gesundheitszentrums für Studenten
9. Meine Eltern/Vormund, wie unten angegeben (bei einem nicht angekreuzten Kästchen wird „Ja“ vorausgesetzt):

Ja  Nein Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ja  Nein Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

10. Sonstige nachfolgend aufgeführten Personen, die ich nach meinem Ermessen bestimme:

Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

*Informationen, die offengelegt werden:* Meine geschützten Gesundheitsinformationen (PHI). PHI bedeutet individuell identifizierbare Informationen über die Vergangenheit, Gegenwart oder zukünftige physische oder psychische Gesundheit einer Person, die von einem Gesundheitsdienstleister oder einer Krankenkasse gepflegt oder weitergegeben wird. PHI beinhaltet unter anderem die Patientenakte, Diagnose von Symptomen, Behandlungen, Prognosen, Laborergebnisse, Medikamente, und Informationen über Versicherungsansprüche und Zahlung.

*Grund für die Offenlegung der Informationen:* Für eine vollständige Bewertung meiner Gesundheit und Fitness, um als Missionar zu dienen, und für Management und Verwaltung meiner Gesundheitsversorgung, während ich als Missionar der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints) diene.

*Verfallsdatum:* Diese Bevollmächtigung ist gültig vom Datum des Vertragsabschlusses bis zu einem Jahr nach meiner Entlassung von meiner Mission, falls sie nicht vor diesem Zeitpunkt schriftlich widerrufen wird. Ich kann diese Bevollmächtigung in schriftlicher Form bei der folgenden Stelle widerrufen: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Der Widerruf tritt erst dann in Kraft, nachdem er bei DMBA eingegangen ist. Der Widerruf gilt nicht für die Verwendung und/oder Offenlegung von PHI, die sich ereignen, bevor der schriftliche Widerruf bei DMBA eingegangen ist.

*Unterschrift:* Ich versichere hiermit, dass die oben angegebenen Informationen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe das Recht auf Erhalt einer Kopie dieser Bevollmächtigung. Alle Informationen, die gemäß dieser Bevollmächtigung verwendet oder offengelegt wurden, können einer erneuten Offenlegung unterliegen und können deshalb nicht länger durch die Datenschutzbestimmungen geschützt sein. Behandlung, Zahlung, Einschreibung, oder Teilnahmeberechtigung für zutreffende ärztliche Betreuung sind nicht abhängig von dieser Bevollmächtigung, es sei denn, dass es anderweitig durch geltendes Recht zugelassen ist. Ich habe jedoch verstanden und bin damit einverstanden, dass die Verweigerung meiner Unterschrift oder der Widerruf dieser Bevollmächtigung meine Teilnahmeberechtigung beeinträchtigen kann, als Missionar für die Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints) zu dienen oder meinen Dienst weiterzuführen.

Unterschrift des Missionars: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

(FORTSETZUNG AUF DER NÄCHSTEN SEITE)

MM06GR1MMN0220



MISSIONARY  
M E D I C A L

# Bevollmächtigung zur Verwendung und Offenlegung von psychotherapeutischen Notizen

Name der Person, deren Informationen offengelegt werden

Name: \_\_\_\_\_ DMBA-ID oder Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

*Wer darf Informationen offenlegen:* Die Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints) mit verbundenen Unternehmen, einschließlich der Firma Deseret Mutual Benefits Administrators (DMBA), DMBA-Geschäftspartner, und sämtliche Gesundheitsdienstleister und/oder Betriebseinrichtungen (einschließlich auf dem Gebiet psychischer Krankheiten beruflich tätige Personen), die mich vor oder nach dieser Bevollmächtigung behandelt haben.

*Wer darf Informationen in Empfang nehmen:*

1. DMBA, einschließlich ihrer missionsärztlichen Abteilung
2. Handlungsbevollmächtigte und Mitarbeiter der missionsärztlichen Abteilung und die Risikomanagement-Abteilung der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints)
3. Allgemeine Verwaltungsstellen der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints)
4. Mein Missionspräsident und sein Ehepartner Dies umfasst auch die Präsidenten von historischen Orten, die Tempelpräsidenten, und die Direktoren des Besucherzentrums mit Ehepartner
5. Personen, die im Gesundheitsrat der Mission tätig sind
6. Die Führer der Priesterschaft meines Wohnbezirks (wie z. B. Bischof und Pfahlpräsident) und Büroangestellte, die meine örtlichen Führer der Priesterschaft beistehen (wie z. B. Gemeindegemeindeführer und Pfahlsekretäre)
7. Mitarbeiter des Missions-Schulungszentrums
8. Mitarbeiter des BYU-Gesundheitszentrums für Studenten
9. Meine Eltern/Vormund, wie unten angegeben (bei einem nicht angekreuzten Kästchen wird „Ja“ vorausgesetzt):

Ja  Nein Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ja  Nein Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

10. Sonstige nachfolgend aufgeführten Personen, die ich nach meinem Ermessen bestimme:

Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

*Informationen, die offengelegt werden:* Meine psychotherapeutischen Aufzeichnungen, einschließlich Aufzeichnungen, die von einer Gesundheitsfachkraft für psychische Gesundheit auf beliebigen Medien gemacht wurden, private Konversationen, Konversationen in Gruppen, gemeinsame Konversationen oder Familienberatungsgespräche dokumentieren oder analysieren, und die getrennt von meiner restlichen Patientenakte sind.

*Grund für die Offenlegung der Informationen:* Für eine vollständige Bewertung meiner Gesundheit und Fitness, um als Missionar zu dienen, und für Management und Verwaltung meiner Gesundheitsversorgung, während ich als Missionar der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints) diene.

*Verfallsdatum:* Diese Bevollmächtigung ist gültig vom Datum des Vertragsabschlusses bis zu einem Jahr nach meiner Entlassung von meiner Mission, falls sie nicht vor diesem Zeitpunkt schriftlich widerrufen wird. Ich kann diese Bevollmächtigung in schriftlicher Form bei der folgenden Stelle widerrufen: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Der Widerruf tritt erst dann in Kraft, nachdem er bei DMBA eingegangen ist. Der Widerruf gilt nicht für die Verwendung und/oder Offenlegung von PHI, die sich ereignen, bevor der schriftliche Widerruf bei DMBA eingegangen ist.

*Unterschrift:* Ich versichere hiermit, dass die oben angegebenen Informationen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe das Recht auf Erhalt einer Kopie dieser Bevollmächtigung. Alle Informationen, die gemäß dieser Bevollmächtigung verwendet oder offengelegt wurden, können einer erneuten Offenlegung unterliegen und können deshalb nicht länger durch die Datenschutzbestimmungen geschützt sein. Behandlung, Zahlung, Einschreibung, oder Teilnahmeberechtigung für zutreffende ärztliche Betreuung sind nicht abhängig von dieser Bevollmächtigung, es sei denn, dass es anderweitig durch geltendes Recht zugelassen ist. Ich habe jedoch verstanden und bin damit einverstanden, dass die Verweigerung meiner Unterschrift oder der Widerruf dieser Bevollmächtigung meine Teilnahmeberechtigung beeinträchtigen kann, als Missionar für die Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage (The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints) zu dienen oder meinen Dienst weiterzuführen.

Unterschrift des Missionars: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_