



Name:	_____
DOB:	_____
MRN#:	_____

## С кем мы можем говорить?

С помощью этой формы Вы даете МАНЕС разрешение **обсуждать** медицинскую и финансовую информацию, касающуюся ухода и услуг, которые Вы получили, с wybranными Вами лицами. Эта форма не позволяет указанным лицам получать копии Вашей медицинской или финансовой документации. **Ниже Вы можете указать до трех (3) человек ИЛИ не указывать никого. Вы можете обновить эту форму в любое время.**

### Лицо №1

Имя: \_\_\_\_\_

Отношение к Вам: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

### Лицо №2

Имя: \_\_\_\_\_

Отношение к Вам: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

### Лицо №3

Имя: \_\_\_\_\_

Отношение к Вам: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**ИЛИ**

Я не хочу кого-либо указывать в настоящий момент.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента, родителя или законного опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата