

MyChart Proxy Access Form

MyChart ကိုယ်စားလှယ် ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပုံစံ

- လူနာနှင့် ကိုယ်စားလှယ် ဆက်ဆံရေးတွင် လူနာစဉ်း ပါဝင်ပတ်သက်သည်။ ၎င်းတို့ထဲမှ တစ်ဦးသည် ၎င်း၏ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်းကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခံရသူဖြစ်သည်။ ထိုသူကို လူနာ ဟု ခေါ်သည်။ အခြားတစ်ဦးသည် ထိုလူနာကို စီမံစောင့်ရှောက်ပေးရန် ဆေးကုသမှု အချက်အလက်များကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုရန်လိုသူဖြစ်ပါသည်။ ထိုသူကို ကိုယ်စားလှယ် ဟု ခေါ်သည်။
- သင်သည် ကိုယ်စားလှယ်အနေဖြင့် လူနာ၏ ကုသမှုမှတ်တမ်းကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် တောင်းရာတွင် သီးခြား MyChart ကိုယ်စားလှယ် ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပုံစံတစ်ခုစီတွင် ဖြည့်စွက်ရပါမည်။
- ထိုပုံစံကို ဖြည့်စွက်ခြင်းဖြင့် လူနာနှင့် ကိုယ်စားလှယ်ကြားတွင် MyChart မှတ်တမ်းတစ်ခု ဖြစ်ပေါ်လာပါမည်။ လူနာ၏ ကုသမှုမှတ်တမ်းများကို ကိုယ်စားလှယ်၏ MyChart မှတ်တမ်းမှတစ်ဆင့် ဝင်ရောက်သုံးစွဲပါမည်။
- Owensboro Health MyChart သည် အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် ဆက်သွယ်ရန် သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှု ရယူရန်အတွက် အသုံးပြုရန်မဟုတ်ပါ။

လူနာအချက်အလက် (အပိုင်းအားလုံး ဖြည့်ရန်လိုအပ်သည် - ရှင်းရှင်းလင်းလင်း ရေးပါ)

လူနာ အမည်- _____

လူမှုဖူလုံရေး # (နောက်ဆုံး ဝက်ကန်း 4 လုံး)- _____ မွေးသက္ကရာဇ်- _____

လမ်းလိပ်စာ- _____ မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ စာပို့ကုဒ်- _____

အီးမေးလ်- _____ ဖုန်းနံပါတ်- _____

ကိုယ်စားလှယ် အချက်အလက် (အပိုင်းအားလုံး ဖြည့်ရန်လိုအပ်သည် - ရှင်းရှင်းလင်းလင်း ရေးပါ)

ကိုယ်စားလှယ် အမည်- _____

လူမှုဖူလုံရေး # (နောက်ဆုံး ဝက်ကန်း 4 လုံး)- _____ မွေးသက္ကရာဇ်- _____

လမ်းလိပ်စာ- _____ မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ စာပို့ကုဒ်- _____

အီးမေးလ်- _____ ဖုန်းနံပါတ်- _____

လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ (တစ်ခုကို ရွေးပါ)- ___ အိမ်ထောင်ဖက် ___ မိဘ ___ မိသားစု/စောင့်ရှောက်ပေးသူ ___ တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ**

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် လူနာကိုယ်စား
 ရေရှည် ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ရှိသူ** _____ အခြား (သတ်မှတ်ဖော်ပြပေးပါ) _____

** ဤတောင်းဆိုမှုနှင့်အတူ လူနာ၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး ကိုယ်စားလှယ်ကို မှန်ကန်ကြောင်း အတည်ပြုပေးသည့် တရားဝင် စာရွက်စာတမ်း မိတ္တူတစ်စောင် ပါရှိရမည်။

MyChart Proxy Access Form

MyChart ကိုယ်စားလှယ် ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပုံစံ

တောင်းဆိုထားသော ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် အမျိုးအစား (တစ်ခုကို ရွေးပါ)-

ကလေးငယ်၏ မှတ်တမ်းကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် (မွေးကင်းစမှ အသက် 12 နှစ်အထိ)- သင့်ကလေး၏ MyChart မှတ်တမ်းကို သင့်အား အပြည့်အဝ ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပေးပါမည်။

_____ ဆယ်ကျော်သက် မှတ်တမ်းကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် (အသက် 13 နှစ်မှ 17 နှစ်အထိ)- သင့်ဆယ်ကျော်သက်၏ MyChart မှတ်တမ်းကို သင့်အား အပြည့်အဝ ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပေးပါမည်။ သင်၏ 13 နှစ်မှ 17 နှစ်အရွယ်ရှိ ဆယ်ကျော်သက်သည် MyChart ကိုယ်စားလှယ် ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပုံစံတွင် ဖြည့်စွက်ပေးပို့ခြင်းဖြင့် သင့်အား ၎င်းတို့၏ MyChart မှတ်တမ်းကို အပြည့်အဝ ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့်ပေးရန် သဘောတူရမည်ကို မှတ်သားပါ။ သင်၏ဆယ်ကျော်သက် အသက် 18 နှစ် ပြည့်သည်နှင့် သင်သည် ၎င်း၏ MyChart မှတ်တမ်းကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ရှိမည်မဟုတ်တော့ပါ။

_____ အရွယ်ရောက်သူ၏ မှတ်တမ်းအား ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် (18 နှစ်အထက်)

MyChart Proxy Access Form
MyChart ကိုယ်စားလှယ် ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပုံစံ

MyChart စည်းမျဉ်းများနှင့် သဘောတူညီချက်

ဂရုတစိုက် ဖတ်ရှုပါ။ သင် လက်ခံလိုက်လျှင် သင်သည် ဤစည်းမျဉ်းများနှင့် အသုံးပြုမှု အခြေအနေများကို ဖတ်ရှု နားလည်ပြီး သဘောတူကြောင်း ပြသပါသည်။

- MyChart ကို လျှို့ဝှက်ထားရှိရမည့် ဆေးကုသမှု အချက်အလက်များအတွက် လုံခြုံစိတ်ချရသော အွန်လိုင်း ရင်းမြစ်တစ်ခုအဖြစ် ရည်ရွယ်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် MyChart ID နှင့် စကားဝှက်ကို အခြားသူထံ မျှဝေပေးလိုက်လျှင် ထိုသူသည် ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်နှင့် ကျွန်ုပ်ကို MyChart ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသူ တစ်ဦး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်။
- လျှို့ဝှက်ထားရှိရမည့် စကားဝှက်တစ်ခုကို ရွေးချယ်ရန်၊ ကျွန်ုပ်၏ စကားဝှက်ကို လုံခြုံစွာ ထိန်းသိမ်းထားရန်နှင့် ၎င်း၏လုံခြုံရေး တစ်နည်းနည်းဖြင့် ထိခိုက်နိုင်သည်ဟု ယုံကြည်ပါက စကားဝှက်ကို ပြောင်းရန်မှာ ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။
- MyChart တွင် လူနာ၏ ဆေးမှတ်တမ်းမှ ရွေးချယ်ထားသော၊ ကန့်သတ်ထားသော ဆေးကုသမှုနှင့် ငွေတောင်းခံမှု အချက်အလက်များ ပါဝင်ပြီး MyChart သည် ဆေးကုသမှု သို့မဟုတ် ငွေတောင်းခံမှု မှတ်တမ်းတွင် ပါဝင်သည့် အကြောင်းအရာ အပြည့်အစုံကို ဖော်ပြပေးမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ လူနာဆေးမှတ်တမ်း အပြည့်အစုံပါဝင်သော မိတ္တူကို တောင်းဆိုနိုင်ကြောင်းလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- Owensboro Health မီးဖွားမည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်၏ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းသည် ကလေး၏ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းတွင် တစ်စိတ်တစ်ဒေသပါဝင်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို နားလည်သိရှိပါသည်။
- MyChart ထဲရှိ ကျွန်ုပ်၏ လုပ်ဆောင်ချက်များကို ကွန်ပျူတာ စာရင်းစစ်က ခြေရာခံနိုင်ပြီး ကျွန်ုပ်ထည့်သွင်းလိုက်သော အချက်အလက်များသည် ဆေးမှတ်တမ်း၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း ဖြစ်လာနိုင်သည်ကို နားလည်ပါသည်။
- Owensboro Health က ၎င်းတို့၏ လူနာများအတွက် အဆင်ပြေစေရန် MyChart ကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပေးထားခြင်းဖြစ်ပြီး Owensboro Health အနေဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ MyChart ကို မည်သည့်အကြောင်းဖြင့်မဆို အချိန်မရွေး ပိတ်ပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်း နားလည်ပါသည်။
- MyChart ကို ဆန္ဒအလျောက် အသုံးပြုခြင်းဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်သည် MyChart ကို မဖြစ်မနေ အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် MyChart ကိုယ်စားလှယ်ကို မဖြစ်မနေ သုံးစွဲပြုရန် မလိုအပ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်စားလှယ်အား ကျွန်ုပ်၏ MyChart အချက်အလက်များကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲစေလိုတော့ပါက သူ/သူမ၏ ကျွန်ုပ်၏ MyChart အကောင့်ကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့်ကို ရပ်စဲရန်မှာ ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကိုယ်စားလှယ်၏ ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့်ကို ကျွန်ုပ်၏ MyChart အကောင့်မှတစ်ဆင့် သို့မဟုတ် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခွင့်ပြုရန် တောင်းဆိုချက်စာတစ်စောင် ပေးပို့ခြင်းဖြင့် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။
- ဤသဘောတူညီချက်သည် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းမှု မပြုမချင်း သက်ရောက်မှုရှိနေမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ကိုယ်စားလှယ်၏ ခွင့်ပြုချက်

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် MyChart အကောင့်ကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပေးခြင်း/ ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ရရှိခြင်းအတွက် MyChart စည်းမျဉ်းများနှင့် သဘောတူညီချက်ကို ဖတ်ရှု နားလည်ပြီး သဘောတူကြောင်း ကျွန်ုပ် အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

► ကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____
 (သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်/အုပ်ထိန်းသူ/မိဘ)

MyChart Proxy Access Form
MyChart ကိုယ်စားလှယ် ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပုံစံ

လူနာ၏ ခွင့်ပြုချက်

ကျွန်ုပ်တို့သည် Owensboro Health, Inc. အား အထက်ဖော်ပြပါ ကိုယ်စားလှယ်ကို ကျွန်ုပ်တို့၏ MyChart မှတ်တမ်းထဲရှိ ကျန်းမာရေးနှင့် ငွေတောင်းခံမှု အချက်အလက်အားလုံးကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့်ပေးရန် ဤတွင် ခွင့်ပြုလိုက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ MyChart မှတ်တမ်းတွင် HIV၊ လိင်ဆက်ဆံမှုမှတစ်ဆင့် ကူးစက်သော ရောဂါများ၊ မူးယစ်ဆေးသုံးခြင်း/အရက်သောက်ခြင်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေး၊ ကိုယ်ဝန်ရှိခြင်း၊ သန္ဓေတားခြင်းနှင့်/သို့မဟုတ် မီးဖွားခြင်းတို့နှင့် စပ်လျဉ်း၍ အချို့သော လျှို့ဝှက်ထားရှိရမည့် အရေးကြီး အချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်သည်ကို နားလည်ပါသည်။

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် MyChart အကောင့်ကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ပေးခြင်း/ ဝင်ရောက်သုံးစွဲခွင့် ရရှိခြင်းအတွက် MyChart စည်းမျဉ်းများနှင့် သဘောတူညီချက်ကို ဖတ်ရှု၊ နားလည်ပြီး သဘောတူကြောင်း ကျွန်ုပ် အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

▶ **လူနာ၏ လက်မှတ်-** _____ **ရက်စွဲ-** _____
 (အသက် 13 နှစ်နှင့်အထက် လူနာများအတွက် လိုအပ်သည်)

သင့်တောင်းဆိုချက်ကို ပေးပို့ရမည့် လိပ်စာ:
 Owensboro Health Regional Hospital
 PO Box 20007
 Owensboro, KY 42304-0007
 Attn: Health Information Management

ဖုန်း- (270) 417-6800
ဖက်စ်- (270) 417-6809
အီးမေးလ်-MyChart.Proxy@Owensborohealth.org