

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH BOARD OF MEDICAL  
PRACTICE (ODBOR ZA LJEKARSKU PRAKSU MINISTARSTVA  
ZDRAVLJA VERMONTA)  
108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070  
Telefon: 802-6574220 / Faks: 802-657-4227  
Poziv na besplatan broj iz savezne države Vermont: 800-745-7371  
Adresa e-pošte: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

## OVLAŠTENJE ZA IZDAVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

### ZAINTERESIRANIM STRANAMA:

**OVIM PUTEM VAM DAJEM OVLAŠTENJE** da Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja Vermonta i/ili njegovom imenovanom predstavniku, i Uredu državnog tužioca, dostavite svu medicinsku dokumentaciju i sve informacije, bez rezerve, koje se nalaze u vašem posjedu ili pod vašom kontrolom, a koji se odnose na moje **dijete**, bilo usmeno ili pismeno (uključujući evidencije koje su vam dostavili drugi liječnici ili zdravstvene institucije), u vezi s bilo kojim fizičkim, psihijatrijskim, mentalnim ili emocionalnim stanjem ili povredom ili bolešću zbog kojih ste možda bili konsultirani ili zbog kojih ste možda pružili usluge.

Isključivo u vezi s ovim posebnim ovlaštenjem za otkrivanje koje dajem Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja Vermonta, i Uredu državnog tužioca, te ni za jednu drugu namjenu, ovim putem se izričito **ODRIČEM** povjerljivosti i/ili bilo kakvih privilegija ili imuniteta u vezi s ovim informacijama u skladu s državnim ili saveznim zakonom, uključujući materijale obuhvaćene sa 42 CFR, dio 2, i smatram da vaše otkrivanje podataka Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja Vermonta, u skladu s mojim zahtjevom, a za potrebe procjene zdravstvene njege moga **djeteta**, nije štetno.

**OVO OVLAŠTENJE** se može opozvati osim ako ste već preduzeli radnje u skladu s njim. Ako se prethodno ne opozove, ovo ovlaštenje će isteći nakon konačne radnje, uključujući sudsku odluku o bilo kojoj radnji koju je preduzeo Odbor za ljekarsku praksu u vezi s ovim informacijama, ili, ako se takva radnja ne preduzme, prestat će da važi 365 dana od datuma ovog dokumenta.

**TAKOĐER VAM DAJEM OVLAŠTENJE** da informacije dajete kontinuirano, bilo usmenim ili pismenim putem, direktno Odboru za ljekarsku praksu Ministarstva zdravlja savezne države Vermont ili njegovom ovlaštenom predstavniku, i Uredu državnog tužioca, sve dok ovo ovlaštenje ne istekne ili ne bude opozvano.

**USKLAĐENA FOTOSTATIČKA KOPIJA OVOG OVLAŠTENJA SLUŽI KAO  
VJERODOSTOJNA ZAMJENA ORIGINALA.**

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime djeteta (štampanim slovima)

\_\_\_\_\_  
Datum rođenja

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime roditelja/staratelja (štampanim slovima) (Potpis) roditelja/staratelja / Datum

\_\_\_\_\_  
Poštanska adresa