

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH BOARD OF MEDICAL PRACTICE  
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070  
Telefon: 802-657-4220 / Faks: 802-657-4227  
Besplatan poziv u saveznoj državi Vermont 800-745-7371  
Adresa e-pošte: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

OVLAŠTENJE ZA OBJAVLJIVANJE MEDICINSKE EVIDENCIJE PREMINULOG  
PACIJENTA OD STRANE OSOBE KOJA JE IMALA OVLAŠTENJA ZA UČEŠĆE U  
ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI  
ODLUKE KADA JE PACIJENT BIO ŽIV

**POŠTOVANI/A:**

**OVIM POTVRĐUJEM** da sam član porodice, na drugi način rodbinski vezan ili blizak lični prijatelj \_\_\_\_\_ osobe koja je preminula, te da sam bio ovlašten da se bavim njegovom/njenom zdravstvenom njegom i/ili plaćanjem u vezi sa zdravstvenom zaštitom, kako je predviđeno Odjeljkom 45 Zakona o federalnim propisima člankom 164.510(b) i kao što je dokazano \_\_\_\_\_ (npr. dokument punomoći, pismene upute, starateljstvo), čija je kopija priložena. Nadalje potvrđujem da vjerujem da sam ovlašten(a) da dam ovo ovlaštenje.

**OVIM DAJEM OVLAŠTENJE** vama da dostavite Ministarstvu zdravlja savezne države Vermont, Odboru za medicinsku praksu, i/ili njegovom imenovanom predstavniku, i Uredu državnog tužioca, svu medicinsku dokumentaciju i sve informacije, bez rezerve, u vašem posjedu ili kontroli koje se odnose na \_\_\_\_\_ (datum rođenja \_\_\_\_\_, datum smrti \_\_\_\_\_), bilo usmeno ili pismeno (uključujući evidencije koje su vam dali drugi zdravstveni radnici ili zdravstvene ustanove) u vezi sa bilo kojim fizičkim, psihijatrijskim, mentalnim ili emocionalnim stanjem ili povredom ili bolešću zbog koje ste možda bili konsultovani ili za koje su vam možda bile pružene usluge.

Samo u vezi s ovim ovlaštenjem za otkrivanje podataka Ministarstvu zdravlja savezne države Vermont, Odboru za medicinsku praksu i Uredu državnog tužioca, i ni u kakve druge svrhe, u ime \_\_\_\_\_, ovim se izričito ODRIČEM povjerljivosti i/ili bilo kakvih privilegija ili imuniteta dodijeljenih ovim informacijama državnim ili federalnim zakonom, uključujući materijale obuhvaćene Odjeljkom 42 Zakona o federalnim propisima, 2. dio, i držim da niste odgovorni za njihovo otkrivanje Ministarstvu zdravlja Vermonta, Odboru za Medicinska ordinacija, po mom zahtjevu, radi procjene određenih aspekata zdravstvene zaštite koja se pruža \_\_\_\_\_.

**OVO OVLAŠTENJE** podliježe opozivu u bilo kojem trenutku osim u mjeri u kojoj ste već poduzeli radnju u skladu s tim. Ako se prethodno ne opozove, ovo odobrenje će prestati nakon konačne radnje, uključujući sudsku odluku, bilo koje radnje koju je preduzeo Odbor za medicinsku praksu u vezi s ovim informacijama, ili, ako se takva radnja ne preduzme, prestaje da važi 365 dana od datuma ovog ugovora.

**TAKOĐE STE OVLAŠTENI** prijavljivati informacije, usmeno ili pismeno, direktno Ministarstvu zdravlja savezne države Vermont, Odboru za medicinsku praksu, ili njegovom imenovanom predstavniku, i Uredu državnog tužioca, kontinuirano dok ovo ovlaštenje ne istekne ili ne bude opozvano.

**USKLAĐENA FOTOSTATSKA KOPIJA OVOG OVLAŠTENJA ĆE SLUŽITI UMJESTO NJEGA.**

Datum \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_

Štampanim slovima

\_\_\_\_\_  
Potpis

\_\_\_\_\_  
Adresa

\_\_\_\_\_  
Grad, država, poštanski broj