



Расписка об уведомлении пациента

*Эта информация относится только ко взрослым клиентам
(достигнувшим 18 лет или старше)*

Имя и фамилия

клиента: _____ **MR No.:** _____

1. Есть-ли у вас Предварительное Здравоохранительное Уведомление (Предварительное Уведомление)? Да Нет

a. **Если ДА**, предоставили-ли вы копию Уведомления нашему отделу (ADMH)? Да Нет

b. Дата получения Уведомления отделом ADMH: _____

дата

2. Если копия Уведомления была получена от вас, может-ли ADMH в случае необходимости передать информацию другим медицинским учреждениям? Да Нет

подпись клиента

дата

подпись работника ADMH

дата