



ФОРМА ЗАПРОСА НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНУЮ ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ

Заполните эту форму, чтобы получать все сообщения, в которых раскрывается медицинская информация или имя и адрес поставщика, связанные с получением медицинских услуг, на альтернативный адрес либо по альтернативным каналам.

---

Застрахованное лицо, которое запрашивает конфиденциальную передачу данных:

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

---

Прошу в будущем отправлять все сообщения на адрес, указанный ниже.

Альтернативный адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Альтернативный адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

---

Альтернативный способ передачи данных (при наличии): \_\_\_\_\_

Как лучше связаться с вами, если у нас возникнут вопросы касательно этого запроса?

Я понимаю, что данный запрос остается в силе до тех пор, пока я не отзову его или не отправлю новый.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

---

Просим отправить заполненный и подписанный запрос по адресу:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001