លិខិតយល់ព្រម និងកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព Lifespan

ការយល់ព្រមសម្រាប់ការពិនិត្យ និងការព្យាបាល

ខ្ញុំដឹងថាក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹង Lifespan ណាមួយ (Bradley, Newport, Rhode Island, The Miriam) គ្លីនិករបស់មន្ទីរពេទ្យពួកគេ Gateway Healthcare, Lifespan Physician Group, Inc., Coastal Medical និងការព្យាបាលពីចម្ងាយ (“កន្លែងថែទាំ“) (Care Sites) ខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវការការពិនិត្យសុខភាព នីតិវិធីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការប្រើថ្នាំ និងការព្យាបាលផ្សេងៗ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលការពិនិត្យ និងនីតិវិធីទាំងនេះតាមការសមស្របពី អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ខ្ញុំហៅថា “ក្រុមថែទាំ (Care Team)” របស់ខ្ញុំ។ ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការទាំងនេះ ជាលិកានិងសារធាតុរាវជីវសាស្ត្រដូចជាឈាម ឬទឹកនោមអាចត្រូវបានប្រមូលក្នុងគោលបំណងនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការអប់រំ ការកែលម្អគុណភាព វិទ្យាសាស្ត្រ ឬការស្រាវជ្រាវមួយចំនួន។ ទិន្នន័យមិនមែនជាអក្សរដូចជា រូបថត កាសែតវីដេអូ ខ្សែអាត់សំឡេងឬការថតឌីជីថល អាចត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងកំណត់អត្តសញ្ញាណ ឬរក្សាទុកជាឯកសារ លុះត្រាតែខ្ញុំជ្រើសរើសបដិសេធ។ ការថតទាំងនេះក៏អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអ្នកវិជ្ជាជីវៈមានលិខិតសារតាំង ឬវិញ្ញាបនប័ត្រវិជ្ជាជីវៈ ការបោះពុម្ពផ្សាយក្នុងទិនានុប្បវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ឬបទបង្ហាញនៅឯសិក្ខាសាលា និងសន្និសីទផងដែរ។ ប្រសិនបើទិន្នន័យមិនមែនជាអក្សរទាំងនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងស្រាវជ្រាវ ឬមិនត្រូវបានផ្តាច់អត្តសញ្ញាណទាំងស្រុង តាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ច្បាប់ស្តីពីការទទួលខុសត្រូវ និងចល័តភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) នោះខ្ញុំនឹងត្រូវបានស្នើសុំឲ្យផ្តល់ការយល់ព្រមដាច់ដោយឡែកសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ទាំងនោះ។

ខ្ញុំដឹងថាការថែទាំសុខភាពមិនមែនជាវិទ្យាសាស្ត្រពិតទេ ហើយគ្មានការធានាអំពីប្រសិទ្ធភាពនៃនីតិវិធីវះកាត់ ការព្យាបាល ការពិនិត្យ ឬសេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតឡើយ។ My Care Team នឹងជូនដំណឹងដល់ខ្ញុំអំពីវិធានការដែលសមហេតុផលបំផុតសម្រាប់ជំងឺរបស់ខ្ញុំ ហើយការសម្រេចចិត្តនឹងត្រូវធ្វើឡើងដោយគិតដល់ឧត្តមប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺ។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកហូតការយល់ព្រមសម្រាប់នីតិវិធីព្យាបាល ឬវះកាត់ ឬសេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ កន្លែងថែទាំក៏មានសិទ្ធិបដិសេធមិនអនុវត្តនីតិវិធីណាមួយ ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំមិនបានផ្តល់ការយល់ព្រមដោយមានការជូនដំណឹងច្បាស់លាស់។ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំដកការយល់ព្រមសម្រាប់នីតិវិធីដែលបានណែនាំ នោះការព្យាបាលអាចមិនមានប្រសិទ្ធភាពខ្លះ ឬគ្មានប្រសិទ្ធភាពទាល់តែសោះ។

ការយល់ព្រមសម្រាប់ការពិនិត្យ និងការព្យាបាលទារកទើបនឹងកើត

ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រាលកូនក្នុងអំឡុងពេលនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ការព្យាបាលចាំបាច់ដល់ទារកដែលទើបនឹងកើតរបស់ខ្ញុំ។

ការផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង និងការអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មានថែទាំសុខភាពទៅអ្នកផ្តល់សេវា

ខ្ញុំដឹងថាអ្នកផ្តល់សេវានៅកន្លែងថែទាំមួយចំនួនប្រហែលជាមិនមែនជាបុគ្គលិករបស់កន្លែងថែទាំ Lifespan នោះទេ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យមានការទូទាត់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំទៅកាន់អង្គភាព Lifespan ដែលពាក់ព័ន្ធ និងអ្នកផ្តល់សេវាដែលពាក់ព័ន្ធនឹង Lifespan ទាំងឡាយដែលផ្តល់សេវាក្នុងអំឡុងពេលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការជួបពិនិត្យនោះ។
ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំត្រូវទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃចំណាយដែលធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំមិនបានគ្របដណ្តប់ និងសម្រាប់ការបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃកិច្ចសន្យាគម្រោងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។ ក្នុងករណីខ្លះ ខ្ញុំអាចទទួលបានវិក្កយបត្រដាច់ដោយឡែកសម្រាប់សេវាថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការបកស្រាយពីការថតកាំរស្មីអ៊ិច ឬការវិភាគស្រមោលរូបផ្សេងទៀត ហើយសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួនអាចចេញវិក្កយបត្រដាច់ដោយឡែកពីសេវាកម្មរបស់កន្លែងថែទាំ។

ការអនុញ្ញាតរបស់ Medicare

ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ខ្ញុំយល់ព្រមតាមលក្ខខណ្ឌនៃការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានចែងនៅក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងអំឡុងពេលដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medicare របស់ខ្ញុំ (ចំណងជើង XVIII នៃច្បាប់ស្តីពីសន្តិសុខសង្គម (Social Security Act)) គឺត្រឹមត្រូវ។
ខ្ញុំស្នើសុំឲ្យមានការទូទាត់ក្នុងនាមខ្ញុំទៅកន្លែងថែទាំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលបម្រើការរបស់ខ្លួនសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែលបានអនុញ្ញាតណាមួយ។
ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីខ្ញុំទៅមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid, CMS) និងទីភ្នាក់ងាររបស់ខ្លួន ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ឬសេវាកម្មពាក់ព័ន្ធ។

ការទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

ខ្ញុំយល់ព្រមថា Lifespan អាចទាក់ទងមកខ្ញុំតាមទូរសព្ទតាមលេខណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងគណនីរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងលេខឥតខ្សែក្នុងគោលបំណងរក្សាព័ត៌មាន និងការប្រមូល។

វាអាចរួមមានការប្រើប្រាស់សារសំឡេងដែលបានថតទុកជាមុន ឬសិប្បនិម្មិត និងសេវាកម្មហៅទូរសព្ទដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ខ្ញុំក៏អនុញ្ញាឲ្យកន្លែងថែទាំប្រើប្រាស់សមតុល្យឥណទានដែលមិនទាន់សងណាមួយដែលខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវទូទាត់សមតុល្យគណនីដែលមិនទាន់សងណា ដែលខ្ញុំអាចនឹងជំពាក់កន្លែងថែទាំផ្សេងទៀត មុនពេលដំណើរការការបង្វិលសងប្រាក់អ្នកជំងឺមកខ្ញុំវិញផងដែរ។

ការប្រាស្រ័យទាក់ទងតាមអេឡិចត្រូនិក

ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលការប្រាស្រ័យទាក់ទងផ្នែករដ្ឋបាលតាមអេឡិចត្រូនិចពី Lifespan ដែលរួមមាន អ៊ីមែល សារជាអក្សរ សារតាមទូរសព្ទ ឬមធ្យោបាយអេឡិចត្រូនិកផ្សេងទៀតក្នុងគោលបំណងផ្សេងៗដូចជា ការកំណត់ពេលណាត់ជួប ឬការក្រើនរំឭកការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី ការស្ទង់មតិ ការសាកសួរព័ត៌មាន ការចេញវិក្កយបត្រ/ការទូទាត់ប្រាក់ ឬ ការជូនដំណឹងអំពីផតថលអ្នកជំងឺ MyLifespan ឬផតថលអ្នកជំងឺ Coastal Medical តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាមិនអាចធានាបានពីឯកជនភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការប្រាស្រ័យទាក់ទងតាមអេឡិចត្រូនិក ហើយភាគីដែលខ្ញុំបានចែករំលែកអាសយដ្ឋានអេឡិចត្រូនិក ឬលេខទូរសព្ទរបស់ខ្ញុំអាចនឹងចូលប្រើព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំពីការបញ្ជូនទាំងនេះបាន។

សិទ្ធិក្នុងការធ្វើសំបុត្របណ្ដាំពេលនៅរស់

ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យចូលជាអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកជំងឺសង្កេត នោះខ្ញុំត្រូវបានគេជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានការណែនាំជាមុន ដូចជាសំបុត្របណ្ដាំពេលនៅរស់ ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាចយូរអង្វែងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។
វាជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការផ្ដល់ឲ្យក្រុមថែទាំរបស់ខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃសំបុត្របណ្ដាំពេលនៅរស់របស់ខ្ញុំ ដើម្បីធានាថាបំណងប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំត្រូវបានគេដឹងឮ និងគោរពតាម។

កម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួន

ខ្ញុំដឹងថា Lifespan មិនអាចទទួលខុសត្រូវចំពោះកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំបានទេ ហើយខ្ញុំទទួលបន្ទុកហានិភ័យនៃការបាត់បង់ ប្រសិនបើខ្ញុំយករបស់របរទាំងនោះទៅកាន់កន្លែងថែទាំ Lifespan។

ឧបករណ៍អេឡិចត្រូនិកផ្ទាល់ខ្លួន

ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍អេឡិចត្រូនិកផ្ទាល់ខ្លួនដោយអ្នកជំងឺ និងអ្នកកំដរសម្រាប់ការថតរូប ឬបញ្ជូនរូបថត ការថតវីដេអូ ឬការថតសំឡេងរបស់អ្នកជំងឺ គ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ គឺត្រូវបានហាមឃាត់។

ការជូនដំណឹងអំពីការប្រើប្រាស់កាមេរ៉ាសុវត្ថិភាព

កាមេរ៉ាសុវត្ថិភាពត្រូវបានដាក់នៅតាមទីសាធារណៈមួយចំនួនរបស់មន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងកន្លែងថែទាំអ្នកជំងឺមួយចំនួនផងដែរ។

សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដល់គ្រែដេករបស់បុគ្គលិកឱសថស្ថានឡៃស្ប៉ាន (Lifespan Pharmacy Concierge Meds to Beds Service)

ខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Meds-2-Beds គេហបាល ប្រសិនបើខ្ញុំជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ Rhode Island ឬ The Miriam ឬអ្នកជំងឺដេកពេទ្យ ឬអ្នកជំងឺផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ (Emergency Department) របស់ មន្ទីរពេទ្យ Newport ក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងប្រតិបត្តិការរបស់ Lifespan Pharmacy។ សេវាកម្មនេះមាននៅពេលម៉ោងប្រតិបត្តិការរបស់ Pharmacy នៅតាមមន្ទីរពេទ្យមួយចំនួន។

ខ្ញុំនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងកម្មវិធី Meds-2-Beds គេហបាលរបស់ Lifespan ដែលមានគោលបំណងជួយដោះស្រាយបញ្ហាតាមវេជ្ជបញ្ជា និងធានាថាខ្ញុំមានថ្នាំសម្រាប់លេបក្រោយពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ មុនពេលចាកចេញ។ បុគ្គលិកឱសថស្ថានលក់រាយរបស់ Lifespan នឹងធ្វើការស៊ើបអង្កេតអត្ថប្រយោជន៍ចាំបាច់ ធានាការអនុញ្ញាតជាមុន បើកថ្នាំសម្រាប់លេបក្រោយពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងបញ្ជូនពួកគេទៅបន្ទប់របស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើខ្ញុំចង់បដិសេធសេវាកម្មនេះនៅពេលណាមួយរហូតដល់ពេលដឹកជញ្ជូន ខ្ញុំអាចជូនដំណឹងដល់ក្រុមថែទាំរបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកតំណាង Pharmacy Lifespan ហើយពួកគេនឹងបដិសេធការទាមទារណាមួយ និងជួយផ្ទេរវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទៅឱសថស្ថានតាមជម្រើសរបស់ខ្ញុំ។

ការយល់ព្រមចំពោះកម្មវិធី Lifespan (42 CFR PART 2) ដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលបន្សាបគ្រឿងញៀន/គ្រឿងស្រវឹងរបស់ខ្ញុំ

ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងទទួលការព្យាបាលបន្សាបគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង (ទាក់ទងនឹងការប្រើសារធាតុញៀន) នៅអង្គភាពផ្តល់សេវាដែលពាក់ព័ន្ធនឹង Lifespan ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមផងដែរចំពោះចំណុចខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យកម្មវិធី Lifespan បញ្ចេញការទាមទារទាក់ទងនឹងការប្រើសារធាតុញៀនរបស់ខ្ញុំ និងទិន្នន័យដែលបានបញ្ជូន រួមទាំងប្រវត្តិការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការប្រើថ្នាំ និងការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំទៅកាន់កំណត់ត្រា LifeChart របស់ខ្ញុំ (កំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិករបស់ខ្ញុំនៅ Lifespan) និងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល និងគ្រូពេទ្យជំនាញរបស់ខ្ញុំដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យចូលប្រើកំណត់ត្រា LifeChart របស់ខ្ញុំ ទោះបីពួកគេបម្រើការ ឬមិនបម្រើការនៅសាខា Lifespan ក៏ដោយ។ ការយល់ព្រមនេះនឹងផុតកំណត់ប្រសិនបើ Lifespan ឬអង្គភាពស្នងរបស់ខ្លួន និង LifeChart ឬប្រព័ន្ធកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រអេឡិចត្រូនិកនៃអ្នកស្នង របស់ខ្លួនបញ្ឈប់ឱ្យលែងមាន។
- ខ្ញុំបានយល់ព្រមបន្ថែមទៀតដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ Lifespan ធ្វើការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់សេវាកម្មអ្នកឯកទេសស្តារឡើងវិញពីក្រុមការងារដែលមានការបញ្ជាក់។
- ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចលុបចោលការយល់ព្រមនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមួយនឹងការជូនដំណឹងទៅកាន់កម្មវិធី Lifespan ដែលញុំបានទទួលការព្យាបាលគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងបានគ្រប់ពេល ប៉ុន្តែវានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការបញ្ចេញដែលធ្វើឡើងដោយពឹងផ្អែកលើការយល់ព្រមដើមរបស់ខ្ញុំនោះទេ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំបញ្ជីអង្គភាពដែលព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងរបស់ខ្ញុំត្រូវបានចេញផ្សាយដោយផ្អែកលើការយល់ព្រមនេះ ដែលកំណត់ចំពោះការបញ្ចេញដែលបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេលពីរឆ្នាំកន្លងមកនេះ។
- តាមការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ការយល់ព្រមខាងក្រោម នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំដឹងពីទម្រង់ការយល់ព្រមនេះ ហើយថាវាសំដៅលើព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំដែលត្រូវបានការពារស្ថិតក្រោម 42 CFR ផ្នែកទី 2 ដែលអាចត្រូវបានចេញផ្សាយទៅកាន់កំណត់ត្រា LifeChart របស់ខ្ញុំ និងចូលប្រើដោយអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល និងអ្នកវិជ្ជាជីវៈរបស់ខ្ញុំ។

ការយល់ព្រមលើការព្យាបាលពីចម្ងាយ

ប្រសិនបើការជួបពិនិត្យត្រូវបានធ្វើឡើងតាមរយៈការព្យាបាលពីចម្ងាយ៖

- ខ្ញុំយល់ព្រមក្នុងការពិភាក្សាអំពីការសម្ងាត់ និងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ(protected health information, PHI) របស់ខ្ញុំ ហើយទទួលបានការព្យាបាលតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាសំឡេង វីដេអូ ឬគមនាគមន៍ទិន្នន័យ (ការព្យាបាលពីចម្ងាយ) ដូចជាយើងកំពុងពិភាក្សានៅមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងព្យាបាលផងដែរ។
- ខ្ញុំអាចបដិសេធ ឬដកការយល់ព្រមបានគ្រប់ពេល ដោយមិនប៉ះពាល់ដល់ការថែទាំការព្យាបាល ឬអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីនាពេលអនាគតរបស់ខ្ញុំ។

- ព័ត៌មានដែលបានបញ្ចេញក្នុងអំឡុងពេលវគ្គព្យាបាលពីចម្ងាយរបស់ខ្ញុំ ជាទូទៅត្រូវបានរក្សាការសម្ងាត់នៅក្រោមច្បាប់ លើកលែងតែក្នុងកាលៈទេសៈដែលកំណត់ ឬអនុញ្ញាតមួយចំនួន ដូចជាការរាយការណ៍អំពីការរំលោភបំពាន ឬការគំរាមកំហែងដោយអំពើហិង្សា។
- ខ្ញុំនឹងចូលរួមនៅក្នុងការព្យាបាលពីចម្ងាយពីតំបន់ឯកជនមួយ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំចូលរួមក្នុងការព្យាបាលជាក្រុមតាមរយៈការព្យាបាលពីចម្ងាយ ខ្ញុំមិនយល់ព្រមពិភាក្សា កត់ត្រាតាមមធ្យោបាយណាមួយ (វីដេអូ សំឡេង រូបថត ការថតអេក្រង់ជាដើម) ឬចែករំលែកព័ត៌មានឯកជនណាមួយអំពីនរណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុម ឬអំពីខ្លឹមសារនៃការពិភាក្សាជាមួយនរណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកចូលរួមរបស់ក្រុមផ្សេងទៀត ឬក្រុមព្យាបាលរបស់ខ្ញុំឡើយ។
- មានហានិភ័យជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយការព្យាបាលពីចម្ងាយដូចជា ការរំខាន ការបរាជ័យផ្នែកបច្ចេកទេស ឬការស្ទាក់ចាប់ព័ត៌មានដោយគ្មានការអនុញ្ញាត ដោយបុគ្គលដែលគ្មានការអនុញ្ញាត អំឡុងពេលការបញ្ជូន ឬការរក្សាទុក។
- ខ្ញុំដឹងថាសេវាកម្មព្យាបាលពីចម្ងាយអាចមិនមានភាពទូលំទូលាយដូចសេវាកម្មផ្ទាល់ទេ ហើយខ្ញុំអាចពិភាក្សាអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលផ្សេងទៀត ប្រសិនបើចាំបាច់។
- ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ទោះបីជាមានការខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងល្អបំផុតក៏ដោយ ក៏ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំប្រហែលជាមិនប្រសើរឡើង ឬអាចកាន់តែអាក្រក់ទៅៗក៏ថាបាន។
- គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំនឹងទទួលបានការចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាកម្មព្យាបាលពីចម្ងាយ ហើយខ្ញុំអាចនឹងជាទទួលខុសត្រូវលើការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់បង់មុនសិនមុនទទួលបានពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន។

ការទទួលស្គាល់

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់យល់ព្រមនេះ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីខ្លឹមសាររបស់វា។ ខ្ញុំគឺជាអ្នកជំងឺ ឪពុកម្ដាយ/អាណាព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកជំងឺស្របច្បាប់ត្រឹមត្រូវ ដែលមានសមត្ថភាពពិនិត្យមើល និងទទួលយកលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ។ ខ្ញុំដឹងថា ការជួបពិនិត្យនេះអាចធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់ ឬតាមរយៈការព្យាបាលពីចម្ងាយ។

ច្បាប់ចម្លងជាក្រដាសនេះគឺសម្រាប់តែព័ត៌មានរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ច្បាប់ដើមដែលមានចុះហត្ថលេខាអេឡិចត្រូនិកត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។