

WEBCEPH الموافقة المسبقة والاتفاق علي المعلومات لمرضي ويب سف

وصف ويب سف

ويب سف (تم تطويره عن طريق AssembleCircle, Inc.) تم إنتاجه خصيصًا لتحليل السجلات الطبية مثل الصور الشعاعية الجانبية للراس ، الصور الشعاعية البانورامية ، صور الوجه السريرية ، الصور السريرية داخل الفم. ويب سف يعمل على خادم الويب السحابي ويستخدم تقنية الذكاء الاصطناعي لتحليل السجلات الطبية.

الموافقة المسبقة

أصرح لطبيبي بالإفراج عن سجلاتي الطبية ، بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر ، الصور الشعاعية (الأشعة السينية) أو التقارير أو الرسوم البيانية أو التاريخ الطبي أو الصور الفوتوغرافية أو النتائج أو نماذج الجص أو الانطباعات أو مسح الأسنان عن طريق الفم أو الوصفات الطبية أو التشخيص ، والاختبارات الطبية ، ونتائج الاختبار ، والفواتير ، وسجلات العلاج الأخرى التي في حوزة طبيبي ("السجلات الطبية") (1) لأطباء الأسنان المرخصين الآخرين والمنظمات التي تستخدم أطباء الأسنان وتقويم الأسنان المرخصين ول **ويب سف** ، وممثليها ، وموظفيها ، وخلفائها ، المعينين والوكلاء لأغراض التحقيق ومراجعة التاريخ الطبي الخاص بي لأنه يتعلق بعلاج تقويم الأسنان مع المنتج (المنتجات) من **ويب سف** و (2) للأغراض التعليمية والبحثية. أفهم أن استخدام سجلاتي الطبية قد يؤدي إلى الإفصاح عن "معلوماتي الصحية التي يمكن تحديدها بشكل فردي" كما هو محدد في قانون التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة ("HIPAA"). أوافق بموجب هذا على إفشاء (البيانات) كما هو موضح أعلاه. لن أسعى ، ولا يحق لأي شخص نيابة عني أن يلتمس تعويضات قانونية أو عادلة أو مالية أو تعويضات عن هذا الإفشاء. أقر بالسماح باستخدام سجلاتي الطبية بدون تعويض وأنه لن يكون لي ولا احد بالنيابة عني أي حق في الموافقة أو المطالبة بالتعويض أو التماس أو الحصول على تعويضات أو تعويضات قانونية أو عينية أو نقدية ناشئة عن أي استخدام يتوافق ويمثل لشروط هذه الموافقة. تعتبر نسخة مصورة من هذه الموافقة فعالة وصحيحة كنسخة أصلية. لقد قرأت وفهمت وأوافق على الشروط المنصوص عليها في هذه الموافقة كما هو موضح في توقيعي أدناه.

التوقيع

الشاهد

اطبع الاسم

اطبع الاسم

العنوان

امضاء المريض / الولي القانوني

المدينة

If signatory is under 18, the parent or legal Guardian must also sign to signify agreement. (التوقيع للدلالة على الاتفاق)

التاريخ