

පසු විපරම සඳහා සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵලය භාවිතා කිරීමේ කැමැත්ත

* ඔබ තොරතුරු සැපයීමට එකඟ වන පරීක්ෂණය ලකුණු කරන්න.

(☐ සාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණය (සෞඛ්‍ය රැකවරණ හැරවුම් ලක්ෂ පරීක්ෂාව ඇතුළුව), ☐ පිළිකා සඳහා පරීක්ෂාව,
☐ ළදරුවන් සඳහා සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණය)

මෙම ආකෘති පත්‍රය පහත දේ සඳහා ඔබේ විස්තරාත්මක කැමැත්ත ලබා ගැනීමට භාවිත කරයි:

මනා සෞඛ්‍ය කළමනාකරණ සේවාවක් (සෞඛ්‍ය රැකවරණ හැරවුම් ලක්ෂ පරීක්ෂාව ඇතුළුව) සපයා දීමට හැකි වන පරිද්දෙන් ජාතික සෞඛ්‍ය රක්ෂණ සේවාව (NHIS) මගින් මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානවලටත් මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානයක සෞඛ්‍ය කළමනාකරණ සේවා ඉතිහාසය වෙතින් NHIS වෙතටත් පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵල ලබා දීම. (රෝග ඇති හෝ අධි රුධිර පීඩනය, දියවැඩියාව, ඩිස්ලිපිඩියාව, හීන වූ ඇතන ක්‍රියාකාරීත්වය වැනි තත්ත්වයන් ඇති බවට සැක කරන පුද්ගලයන් සඳහා සිය සාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණවලදී (වෛද්‍ය රැකවරණ හැරවුම් ලක්ෂ පරීක්ෂණය ඇතුළුව) සහ ජීවිත කාලයේ සිදු කරන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ සඳහා සහ සිය දරුවන්ගේ හෝ බිළිදන්ගේ සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ වාතරා ලබා ගැනීමෙන් පසු විස්තීරණ ඇගයීමක් හා සංගත කළමනාකරණයක් අවශ්‍ය දෙමාපියන් සඳහා);

○ අසාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය ගැනීම කිසිදු හෝ පිළිකාවක් කිසිදු බවට සැක කරන හෝ එසේ කිසිදු බවට රෝග විනිශ්චයක් ලබා දුන් පුද්ගලයන් වෙත පශ්චාත් කළමනාකරණය සැපයිය හැකි වන පරිද්දෙන් පරීක්ෂණ වාතරා NHIS වෙතින් ජාතික පිළිකා මධ්‍යස්ථානය (NCC) හා/හෝ මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථාන වෙත ලබා දීම.

○ සාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය පරීක්ෂාවේ ප්‍රතිඵල මත පදනම්ව පුප්ඵසිය විශ්ලේෂණයට ඇති බවට සැක කෙරෙන හෝ නිශ්චය කරන ලද පුද්ගලයන් සඳහා පශ්චාත් කළමනාකරණය සැපයිය හැකි පරිදි NHIS වෙතින් රෝග පාලනය හා නිවාරණය සඳහා කොරියානු මධ්‍යස්ථාන වෙත හා/හෝ මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථාන වෙත පරීක්ෂණ වාතරා ලබා දීම.

* සෞඛ්‍ය කළමනාකරණ සේවය : සෞඛ්‍ය , උපදේශනය අධ්‍යාපනය , දුම්බීම නැවැත්වීම , මධ්‍යසාර යෙන් වැළකී ව්‍යායාම , පෝෂණය , ඩිමෙන්ෂියා පරීක්ෂණය , ළදරුවන්ගේ වධර්න ආබාධ පිළිබඳ ගැඹුරු පරීක්ෂණ සඳහා යන වියදම්වලට ආධාර ,

※ ඔබේ පුද්ගලික තොරතුරු ,
පුද්ගලික තොරතුරු ආරක්ෂණ පනත සහ සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ පිළිබඳ නියාමන පනත අනුව විධිවිධාන සලසා ඇති රහස්‍යභාවයට අනුව භාවිතා කරනු ලැබේ . එම තොරතුරු මුල් අරමුණට හැරවෙන තත් අරමුණු සඳහා වෙනත් ආයතනවලට ලබා නොදෙනු ඇත .

※ ඔබේ කැමැත්ත ඉල්ලා අස් කර ගැනීමට කැමති නම් එය සරල ස්ථිර කිරීමේ ක්‍රියාමාර්ගයක් මගින් කළ හැක . NHIS පාරිභෝගික සේවාවට (1000-1577) හෝ එහි දිස්ත්‍රික්කාය ර්ලයකට අමතන්න .

1. පුද්ගලික තොරතුරු සැපයීමේ ගිවිසුම

○ මගේ පුද්ගලික තොරතුරු මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානයකට සහ NHIS වෙත සපයන බවට මට පමණක් වත් ලෙස ඇතැම් දෙනෙකු තරමට ඇතැම් දෙනෙකු විස්තර සැපයීමට කැමැත්ත ලබා දෙමි .

① තොරතුරු සපයන ආයතන රජයේ : සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානය , NCC , KCDC සහ NHIS

② පුද්ගලික තොරතුරු සැපයීමේ අරමුණ ස්වයං-කළමනාකරණය සහ වළක්වාලීමේ පියවර : අවශ්‍ය අයට සහ රෝග ඇති අයට සහ (රෝග ඇති සැක කරන අයට) සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම සහ පිළිකා හඳුනා ගැනීමේ ප්‍රතිඵලය අනුව පශ්චාත් කළමනාකරණය සැපයීම සහ පුප්ඵසිය විශ්ලේෂණයේ ස්ථානිත පශ්චාත් කළමනාකරණය සැපයීම සඳහා .

③ පුද්ගලික තොරතුරු සංස්ථාවට

- NHIS → මහජන සෞඛ්‍ය ආයතනයට → සැපයීමට කැමැත්තෙමි

• නම , නේවාසික ලියාපදිංචි අංකය , ලිපිනය , දුරකථන අංකය , රිමෝෆ් ලිපිනය ආදිය යන පුද්ගලික අන්‍යතා තොරතුරු සහ සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵලය සහ ප්‍රශ්නාවලි

- සැපයීමට කැමැත්තෙමි → මහජන සෞඛ්‍ය ආයතනයට : නම , නේවාසික ලියාපදිංචි අංකය , මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානය මගින් ඔබට ලබා දී ඇති සෞඛ්‍ය සේවා කළමනාකරණ විස්තර

- NHIS → NCC හා/හෝ මහජන සෞඛ්‍ය ආයතනයට → ජාතික පිළිකා මධ්‍යස්ථානය සහ මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානය

• නම , නේවාසික ලියාපදිංචි අංකය , ලිපිනය , දුරකථන අංකය , විද්‍යුත් ලිපිනය සහ පිළිකා නිවාරණ ප්‍රතිඵල සහ ප්‍රශ්නාවලි දත්ත වැනි පුද්ගල අන්‍යතා තොරතුරු

- NHIS → KCDC හා/හෝ මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානය

• නම , නේවාසික ලියාපදිංචි අංකය , ලිපිනය , දුරකථන අංකය , විද්‍යුත් ලිපිනය සහ ළය විකිරණ රේඛන ප්‍රතිඵල සහ පුප්ඵසිය විශ්ලේෂණයේ ස්ථානිත ප්‍රශ්නාවලි දත්ත වැනි පුද්ගල අන්‍යතා තොරතුරු

④ පුද්ගලික තොරතුරු ලබා ගැනීමේ සහ භාවිතා කිරීමේ කාලසීමාව 2 : වෂරය

⑤ තෙවන පාර්ශ්වයක පුද්ගලික තොරතුරු සැපයීමට එකඟ වීමේ හෝ ප්‍රතික්ෂේප කිරීමේ අයිතිය ඔබට ඇත .

එවිට ඔබ මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානයකින් සෞඛ්‍ය කළමනාකරණ සේවය ලබා දෙන රෝගියෙකුගේ තත්ත්වයෙන් බැහැර කෙරෙනු ඇත .

නියමයන් සඳහා එකඟතාව . ☐ එකඟ නොවෙමි ☐

2. සංවේදී තොරතුරු

○ මට සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ ආයතනය මගින් පුද්ගලික තොරතුරු ලබා ගැනීම පිළිබඳ දැනුම් දෙන ලදී . මගේ සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ තොරතුරු සහ සෞඛ්‍ය කළමනාකරණ සේවා ඉතිහාසය සංවේදී තොරතුරු බවට ප්‍රමාණවත් ලෙස විස්තර කර දෙන ලදී . එබැවින් , මම මෙම නියමයන් වලට සම්පූර්ණයෙන්ම එකඟ වෙමි .

නියමයන්සඳහාඑකඟතාව. ☐

එකඟනොවෙමි ☐

3.අනන්‍යතාතොරතුරුතබාගැනීමටකැමැත්තප්‍රකාශකිරීම

☐

සෞඛ්‍යපරීක්ෂණආයතනයවිසින්පුද්ගලිකතොරතුරුතබාගැනීමපිළිබඳමටදැනුම්දෙනලදි .
මගේනේවාසිකලියාපදිංචිඅංකයයනහැඳුනුම්පත්අංකයක්බවඔවුන්මටප්‍රමාණවත්ලෙසවිස්තරකරදෙනලදි .
මටනියමයන්සම්පූර්ණයෙන්තේරෙනඅතරඒවාටඑකඟවෙමි.

නියමයන්සඳහාඑකඟතාව. ☐

එකඟනොවෙමි ☐

සමස්තඅත්තිකාර්තයටමඑකඟවෙමි. ☐

වෘත්තීයමාසයදිනය				
කැමැත්තප්‍රකාශකරන්නා	රෝගියාගේනම	(අත්සන)	නේවාසිකලියාපදිංචිඅංකය	-
)ළදරුවෙක්නම්(නෛතිකනියෝජිතයාගේනම	(අත්සන)	රෝගියාටඇතිසම්බන්ධතාව	
සෞඛ්‍යපරීක්ෂණආයතනයේනම) අංකය(