Odjel za Zdravlje i Brigu o Starijima Države Mizuri (DHSS)
P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102-0570 Telefon: 573-751-6400 FAX: 573-751-6010

Julia M. Eckstein
Direktor

Matt Blunt
Guverner

OBRAZAC POTVRDE

1. IME KLIJENTA: _____
Štampano ime klijenta, srednje slovo i prezime

2. DATUM RODJENJA KLIJENTA: _____ _____ _____
Mjesec *Dan* *Godina*

3. BROJ SOCIJALNE SIGURNOSTI KLIJENTA: _____

4. KLIJENT DCN (ako je primenljivo): _____

Ja potvrdjujem da mi je uručena kopija Bilješke o polisi privatnosti Odjela za Zdravlje i Brigu o Starijima Države Mizuri i da mi je rečeno gdje mogu dobiti bilo kakvu slijedeću reviziju ove Bilješke..

_____
Štampano ime, srednje slovo i prezime klijenta/roditelja/staratelja/trajno ovlaštenog advokata za Zdravstvenu Njegu (DPOA-HC)

_____ _____
Potpis klijenta/roditelja/staratelja/ DATUM
Trajno ovlaštenog advokata za Zdravstvenu Njegu (DPOA-HC)

NAPOMENA: Ako je ovaj dokument potpisao staratelj ili trajno ovlašteni advokat za Zdravstvenu Njegu (DPOA-HC), priložiti kopiju pismenog punomoćja staratelja ili kopiju trajnog ovlaštenja advokata za Zdravstvenu Njegu.

Molimo stavite kvačicu na jedno od sljedećih polja da naznačite odnos izmedju klijenta i osobe čiji se potpis pojavljuje na gornjoj liniji:

☐ KLIJENT ☐ RODITELJ KLIJENTA ☐ STARATELJ KLIJENTA ☐ KLIJENTOV DVOKAT DPOA-HC

☐ KLIJENT ODBIO DA POTPIŠE OBRAZAC

_____ _____
Potpis DHSS osoblja **DATUM**
(ako je prisutno prilikom uručivanja bilješke)