***Хэрэв энэ нь оюутанд зориулсан бол сургуулийн сувилагч эсвэл эрүүл мэндийн ажилтан энэ нүдэнд байгаа мэдээллийг бөглөх ёстой.***

**Сурагчийн ID: Сурагчийн нэр:   
ТӨРСӨН ОГНОО:** / / **Сургууль: Анги:   
Нүдний үзлэгийн огноо**: / / **Уулзалтын цаг**:  **Байршил:**

**OneSight нүдний эмнэлгийн зөвшөөрөл олгох маягт**

Та эсвэл таны хүүхдийн эцэг эх эсвэл асран хамгаалагч \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-д харагдана,

Аль нэг нь: 1. Хүүхэд тань харааны үзлэгийн үр дүнд үндэслэн үнэгүй нүдний үзлэг болон нүдний шил (шаардлагатай бол) авахаар тодорхойлогдсон, эсвэл

2. Та өөрөө үнэ төлбөргүй нүдний үзлэг болон нүдний шил (шаардлагатай бол) авахыг хүсэж байна

**OneSight нүдний эмнэлэг энэ хуудасны дээд талд байрлуулсан огноо болон байршилд байрлана. OneSight нүдний эмнэлэгт хамрагдсан аливаа сурагч хичээлийн ердийн цагаар тусламжийн үйлчилгээ авах болно.** Үнэгүй нүдний харааны үйлчилгээг нүдний харааны эрүүл мэндийн тэргүүлэгч ашгийн бус OneSight-тай хамтран үзүүлж байгаа бөгөөд үүгээр нүдний иж бүрэн үзлэг болон загварлаг нүдний шилийг (шаардлагатай бол) өгөх болно.

Дараах мэдээллийг анхааралтай уншина уу, Хэрэв та OneSight нүдний эмнэлэгт үзлэгт хамрагдахыг (эсвэл хүүхдээ үзлэгт хамрагдахыг зөвшөөрөх) хүсэж байгаа бол хавсаргасан Зөвшөөрөл олгох маягтыг бөглөөд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дотор буцаана уу.

Хэрэв та/таны хүүхэд OneSight нүдний эмнэлэгт үзлэгт хамрагдвал нүдний эмнэлэгт байх хугацаа нь ойролцоогоор 3-5 цаг байна гэдгийг анхаарна уу. Та/таны хүүхдэд шаардлагатай аливаа эм ба/буюу хоолыг эмнэлэгт үзүүлэх оноосон өдөр авчраарай. Та/таны хүүхдэд тогтмол хяналтад байх бөгөөд харааны шалгалтын үр дүнгийн хуулбараа хүсэлтээр авах боломжтой болно.

Хэрэв энэ Зөвшөөрөл олгох маягт дээр байгаа мэдээлэлтэй холбоотой асуулт байгаа бол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-р \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-тай холбоо барина уу.

**Баярлалаа!**

***ТА МЭДЭХ ҮҮ?***

***Хүүхдүүдийн сурч мэдсэн зүйлийн 80 хувь нь нүдээр боловсруулагддаг, гэвч АНУ-д байгаа дөрвөн сурагч тутмын нэг нь оношлогдоогүй харааны бэрхшээлтэй байгаа бөгөөд энэ нь тэдний сургууль дээрээ харж, сурах чадварт нөлөөлж байна. Нүдний үзлэг болон нүдний шил (шаардлагатай бол) нь сурагчдад илүү сайн хараагаар дамжуулан илүү сайн сурахад туслах боломжтой.***

***\* Өөрийн/хүүхдийнхээ уулзалтын огноо, цаг, байршлыг санахын тулд энэ хуудсыг хадгална уу.***



***ХАРААНЫ ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЗӨВШӨӨРӨЛ ОЛГОХ МАЯГТ***

***Өвчтөн/Эцэг эх/Асран хамгаалагч нь Энэ маягтын Бүх хэсгийг дуусгах ЁСТОЙ бөгөөд OneSight нүдний эмнэлэгт үзлэгт хамрагдахын тулд Доор гарын үсэг зурна уу***

Би, (болон, хүүхэд бол) -н эцэг эх/асран хамгаалагч

***Нэр хэвлэх (Хэрэв хүүхэд бол Эцэг эх / Асран хамгаалагч)******Сурагчийн нэр хэвлэх***

өмнөх хуудсанд олгосон цаг, огноо, байршилд OneSight нүдний эмнэлэгт үнэгүй нүдний үзлэг болон нүдний шил (хэрэв шаардлагатай бол) хүлээн авах зөвшөөрлийг би/миний хүүхэд олгож байна.

**I. Хүүхэн харааг тэлэх фундус үзлэгээс татгалзах тухай**

#### Улсын нүдний эмч нарын зөвлөлөөс лицензтэй нүдний эмчийн нүдний шалгалтын нэг хэсэг болгож хүүхэн харааг тэлэх фундус үзлэгийн авахыг шаардаж болзошгүй. Хүүхэн харааг тэлэх фундус үзлэг нь хүүхэн харааг томруулах нүдний дусаалгыг ашиглан гүйцэтгэдэг захын торлог бүрхэвчийн нарийн үзлэг юм. Энэ үйл явц нь салст бүрхэвч, нулимс, хавдар, халдвар, цус алдалт, удамшлын эмгэг зэрэг торлог бүрхэвчийн эмгэгийг оношлоход ашиглагддаг. Тэлэх дусаалга нь хүүхэн харааг ойролцоогоор дөрвөн цагийн хугацаанд тэлнэ. Энэ хугацаанд өвчтөн бүдэг харах болон гэрэлд мэдрэмтгий болж магадгүй бөгөөд энэ нь уншихад хүндрэлтэй байж болно.

***БИ ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА***

***БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ***

***√-* НҮД ЧАГТЛАХ** OneSight нүдний эмнэлэг дэх үзлэгийн үеэр хүүхэн харааг тэлэх фундус үзлэгийг хийх зөвшөөрлийг нүдний эмчид өгч байна.

**II. Зураг авах зөвшөөрөл**

OneSight нүдний эмнэлэгт нүдний харааны үйлчилгээг үзүүлэхтэй холбоотойгоор OneSight нь OneSight нүдний эмнэлэг ба түүний түншүүдтэй холбоотой маркетингийн эсвэл олон нийттэй харилцах зорилгоор миний/миний хүүхдийн зургийг авах, миний/миний хүүхдийн видео ба/буюу аудио бичлэг, ба/буюу миний/миний хүүхдийн бичсэн эсвэл хийсэн мэдэгдлийг ("Материалууд") авахыг хүсэж болно. Би доор байгаа зөвшөөрлийг илтгэснээр аливаа гаргасан цахим эсвэл хэвлэмэл Материалын бэлэн болсон хуулбарыг батлах эрхээс татгалзаж байгаагаа ойлгож байна. Материалыг ашигласны үр дүнд би ямар нэг нөхөн төлбөр авах эрхгүй гэдгээ хүлээн зөвшөөрч байна. Би OneSight-г цаашид Материалыг ашиглах, задруулахтай холбоотой бүх үүрэг хариуцлагаас чөлөөлж байна.

***БИ ЗӨВШӨӨРЧ БАЙНА***

***БИ ЗӨВШӨӨРӨХГҮЙ***

***√-* НҮД ЧАГТЛАХ**OneSight-д Материалыг ашиглах, нийтлэх, задруулах, дахин хэвлэх зөвшөөрлийг хэлбэр, давтамж эсвэл ашиглах хугацаа хязгаарлахгүйгээр олгосон бөгөөд миний шийдвэр би/миний хүүхэд OneSight нүдний эмнэлэгт нүдний үзлэг эсвэл нүдний шил хүлээн авах эсэхэд нөлөөлөхгүй гэдгийг ойлгож байна. Би хүссэн үедээ OneSight руу дараах хаягаар мэдэгдэж энэ зөвшөөрлийг цуцлах эрхтэй: OneSight, Attn: Chief Financial Officer, 4000 Luxottica Place, Mason, OH 45040.

**III. Нууцлал/Хувийн нууц ба нөлөөллийн тайлан**

#### Хэрэв би энэ гарын үсгийг хүүхдийн эцэг эх эсвэл асран хамгаалагч гэж зурсан бол нүдний харааны үйлчилгээ үзүүлэхийн тулд OneSight нь миний хүүхдийн Сургууль эсвэл Дүүргийн хадгалдаг хүүхдийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний нууц бүртгэлд хандах болно гэдгийг би ойлгож байна. OneSight нь авсан мэдээллийн нууцлалыг цаг ямагт хадгалах бөгөөд миний/миний хүүхдийн нууцлалтай мэдээллийг миний зөвшөөрөлгүйгээр ямар нэг зорилгоор эсвэл хуульд заасны дагуу аливаа гуравдагч этгээд эсвэл засгийн газрын агентлагт хэзээ ч задруулахгүйг зөвшөөрч байгааг би ойлгож байна. Мөн OneSight нь эмнэлэгт үзсэн бүх өвчтөний харсан нүдний харааны шалгалт, нүдний үзлэгийн мэдээллийг цуглуулна гэдгийг би ойлгож байна. OneSight-н ашигласан мэдээлэл нь намайг/миний хүүхдийг тодорхойлохгүй бөгөөд OneSight нь дүн шинжилгээ хийдэг тул OneSight нүдний эмнэлэгт үзлэгт хамрагдсаны дараа өвчтөний/сурагчийн нүдний хараа сайжирсан талаарх ерөнхий нөлөөллийн тайланг хуваалцах болно гэдгийг ойлгож байна.

**IV. Үүрэг хариуцлагаас чөлөөлөх тухай**

#### OneSight нүдний эмнэлэгт надад/миний хүүхдэд үзүүлэх нүдний харааны үнэ төлбөргүй үйлчилгээний хариуд би OneSight нүдний эмнэлэгт эсвэл энд олгосон аливаа хэрэглээнээс дараах байгууллагын мэргэжилтэн, захирал, ажилтан, агент, хамтрагч ба/буюу томилгоо болон хувь хүнийг үзүүлсэн үйлчилгээнээс үүдэн гарах аливаа нэхэмжлэл, шаардлага, үүрэг хариуцлагаас чөлөөлөх ба татан буулгаж байна: Сургууль эсвэл Дүүргийн ажилтан; нүдний үзлэгийг хийдэг бие даасан нүдний эмч; аливаа хамтран ивээн тэтгэгч агентлаг болон OneSight.

# ЭНД ГАРЫН ҮСЭГ ЗУРНА УУ

***ӨВЧТӨН/ЭЦЭГ ЭХ/АСРАН ХАМГААЛАГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ ОГНОО***



**ЧУХАЛ! БӨГЛӨНӨ ҮҮ**

***ТАНЫ / ТАНЫ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТҮҮХ***

**Өвчтөний мэдээлэл ба Эрүүл мэндийн түүх**

*Нүдний үзлэгийг хөнгөвчлөхөд туслах үүднээс өвчтөн, эцэг эх эсвэл асран хамгаалагч нь нүдний харааны үйлчилгээ авахын тулд энэхүү эрүүл мэндийн товч түүхийг бөглөх ёстой.*

## Та/таны хүүхэд эсвэл гэр бүлийн ойрын гишүүд (эцэг эх, эмээ өвөө, ах, эгч, дүү) дараах зүйлсийн аль нэгтэй юу:

Чихрийн шижин: Тийм, Хэн: Үгүй

Глаукома: Тийм, Хэн: Үгүй

Цусны даралт өндөр: Тийм, Хэн: Үгүй

Та/таны хүүхдэд ямар нэг мэдэгдэж буй харшилтай юу? Тийм, жагсаана уу: Үгүй

Та/таны хүүхдэд одоогоор ямар нэг эм ууж байгаа юу? Тийм, жагсаана уу: Үгүй

Та/таны хүүхэд одоогоор нүдний шил зүүж байгаа юу? Тийм Үгүй

Та/таны хүүхэд нүдний шил зүүж байсан уу? Тийм Үгүй

#### Та/таны хүүхэд хамгийн сүүлд хэзээ нүдний үзлэг хийлгэсэн бэ?

#### Таны/таны хүүхдийн харааны ба/буюу нүдний эрүүл мэндийн талаар мэдэгдэж буй аливаа асуудал эсвэл шинж тэмдгийг жагсааж бичнэ үү:

#### Та/таны хүүхэд саяхан хийлгэсэн эсвэл томоохон мэс заслын талаар жагсааж бичнэ үү:

