

## Согласие на использование услуг стороннего переводчика

Кому: Больница Ито

Настоящим я, сопровождаемый сторонним переводчиком, выбранным мной лично, соглашаюсь со следующими положениями.

Год                      Месяц                      День

- Я даю согласие на предъявление сопровождающим меня переводчиком официального удостоверения личности перед приемом врача (например, карточку резидента, паспорт, водительское удостоверение, карточку с индивидуальным номером «My Number Card» и т. д.), а также ксерокопирование данного удостоверения личности.
- Если сопровождающий переводчик не прошел профессиональную подготовку в области медицинского перевода, есть вероятность того, что он не обладает достаточными специальными знаниями о медицинских процедурах, лекарственных средствах и т. д., в связи с чем возможно возникновение таких проблем, как неправильное толкование или неправильный перевод.
- Больница не несет ответственности за то, каким образом сопровождающий переводчик будет обращаться с персональными данными.
- Больница не несет ответственности за ошибки в толковании или переводе, совершенные сопровождающим переводчиком.
- Если качество устного перевода, осуществляемого сопровождающим переводчиком, будет признано ненадлежащим, может быть произведена замена на использование машинного перевода или услуг переводчика, состоящего в штате больницы.

Фамилия и имя пациента

Фамилия и имя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Сопровождающий переводчик

Фамилия и имя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Кем является по отношению к пациенту

- Медицинский переводчик
- Коллега
- Друг/знакомый
- Родственник (степень родства \_\_\_\_\_)