紐約州
酒精毒品濫用服務辦公室

「調閱病歷或索取病歷影本」訴請書

病患姓氏 ,	中間名首字母	名字
案號		
機構	單位	

說明： 需填妥本索取書並寄回給您的諮詢人員，方能調閱或索取您的病歷影本。您將在本索取書簽具日期起算的 30 天內接獲您索取的資訊。

在獲得病患同意之情況下揭露其相關資訊

調閱/索取之資訊的範圍或性質
資訊的用途或需要
索取資訊之收件地址
揭露資訊的人名或職稱或公司名稱 寄件人：

本人 (簽名人) 已發函索取本人病歷記錄中的上述資訊。本人瞭解，為了獲得此資訊，本人必須提出此索取書，且本人將在提出此索取的 30 天內接獲資訊。

本人瞭解，所有資訊揭露行為皆需遵守用於管制酒精與毒品濫用病患記錄之機密性的聯邦法規第 42 篇，以及 1996 頒佈的健康保險流通與責任法案 (簡稱「HIPAA」)、聯邦法規第 45 篇第 160 & 164 部分；且禁止在未經我其他書面同意的情況下，將此資訊轉交給他方。

註： 您需支付資料影印費用。每頁酌收 0.05 美元

_____ (病患簽名)

_____ (病患/監護人 (必要時) 簽名)

_____ (病患正楷書寫姓名)

_____ (病患/監護人正楷書寫姓名)

_____ (日期)

_____ (日期)

機構回應：

___索取獲准。

___索取遭拒。遭拒原因 _____

_____

主任/副主任 日期