「酒精/毒品濫用病患之
相關資訊揭露」同意書

撤銷日期 _____ 經辦人員簽名 _____

病患姓氏 ，	中間名首字母	名字
案號		
設施	單位	

說明： 請向病患本人提供本同意書影本！另備一 (1) 份影本留作病患之案件記錄。如本同意書用於帳單開立用途，請另備一份影本提供給「資源與理賠經紀人 (Resource and Reimbursement Agent)」。如有其他機構索取此病患之個人資料而接獲本同意書，需另備一份影本留作病患之案件記錄。

在獲得病患同意之情況下[揭露]/[透露]其相關資訊
(請圈選)

揭露/透露之資訊的範圍或性質	
揭露/透露資訊的用途或需要	
揭露/透露資訊的人名或職稱或公司名稱 共用人員或單位：	獲得揭露/透露資訊的人名或職稱或公司名稱 以及：

本人 (簽名人) 已詳讀上述說明，並授權指定之揭露/透露機構之員工揭露/透露本同意書中所載之資訊。本人瞭解，本人隨時可利用書面方式撤銷本同意書，唯與已遭起訴之法律案件相關的資訊不在此限。本同意書自其簽名日期起之六 (6) 個月內有效，除非以下另有指定其他期間、事件或條件，如另有指定，則以指定之其他期間、事件或條件為準。本人亦瞭解，所有資訊揭露/透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，將此資訊轉交給非上述所指定的機構。

取代上述指定之期間、事件或條件：_____

註： 透過本同意書透露的所有資訊將隨附「禁止將酒精/毒品濫用病患相關資訊轉交他人」聲明書 (TRS-1)

本人瞭解，一般情況下此計畫不得以我是否簽署同意書來作為是否治療我的交換條件，但在某些情況下，我必須簽署同意書才能接受治療。本人茲以下列簽名，確認已接獲此同意書之影本。

(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)