ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО БОРЬБЕ С АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ

ФОРМА РЕЗОЛЮЦИИ ПО ЖАЛОБЕ О НАРУШЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА ,	ИМЯ	СРЕД. ИНИЦИАЛ
№ ДЕЛА		
УЧРЕЖДЕНИЕ	ОТДЕЛ	

ИНСТРУКЦИИ:	**КОПИЮ ДАННОЙ ФОРМЫ СЛЕДУЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТУ!** Подготовьте одну (1) копию, которая будет приложена к карте пациента.

РЕЗОЛЮЦИЯ ПО ЖАЛОБЕ О НАРУШЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

ОПИСАНИЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА (ВКЛЮЧАЯ СВЕДЕНИЯ О ТОМ, КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, БЫЛА ИСПОЛЬЗОВАНА/РАСКРЫТА НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОБРАЗОМ И КЕМ):

РЕЗОЛЮЦИЯ (ВКЛЮЧАЯ РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЕЙСТВИЯ):

_____

Директор/Заместитель директора ДАТА