

針對酗酒/吸毒患者的資訊
披露同意書
LOCADTR 評估資訊

撤銷日期：_____ 工作人員姓名縮寫：_____

患者姓氏	名字	中間名
個案號碼		
機構		單位

說明：

向患者提供本表單副本！ 準備一 (1) 份患者個案記錄的副本。如果寄送此表單給另一個機構要求資訊，請另外準備一份患者個案記錄的副本。

可識別個人身分的患者資訊披露及取得同意書

要披露或取得之資訊的程度或性質：

完成酒精與毒品勒戒轉診 "LOCADTR" 之個人照護等級評估所需的全部資訊。

披露/公開的目的或性質，以及披露及取得可識別個人身分資訊的組織名稱：

我同意將我的臨床治療機密資訊披露給紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) 與上述的 OASAS 認證治療機構，以及付款人/管理式照護計劃 _____ (與該等人員/機構之間) 包括 OASAS 客戶資料系統 (Client Data System, CDS) 與我的社會安全碼等資訊。

我瞭解照護等級判定評估僅與我及上述的 OASAS 治療機構以及付款人/管理式照護計劃共用。除非我已經提供書面許可，以與其他機構、計劃或付款單位共用。

本人，以下簽名者，已經閱讀上述，並授權紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處以及上述的 OASAS 認證治療機構的工作人員，依此處的指定披露及取得相關資訊。

我瞭解我可以透過書面隨時撤銷此同意書，已經據以採取的行動除外。此同意書將於簽署之後的六 (6) 個月到期，除非以下規定不同的時間、事件或條件，在該情況下，相關的時間、事件或條件將適用。本人也瞭解披露/公開任何可識別個人身分資訊的行為皆受到管轄酒精及藥物濫用患者記錄之機密性的《聯邦規定法案》(Code of Federal Regulations, C.F.R.) 第 42 篇第 2 章，以及《1996 年健康保險流通與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 45 C.F.R. §§ 160 及 164 的約束；若未經本人另外書面授權，則禁止向上述指定團體以外人員轉發此類資訊。

注意：

透過本表單披露的任何資訊必須隨附表單《禁止轉發關於化學藥物依賴性治療患者的資訊》(Prohibition on Redisclosure of Information Concerning Alcoholism / Drug Abuse Patient) (TRS-1)

我瞭解一般而言，計畫不得以我是否簽署同意書作為治療條件，但是在有限的特定情況下，我的治療可能因為未簽署同意書而遭拒絕。我已收到此表單的副本。

(患者簽名)

(家長/監護人簽名)

(患者正楷姓名)

(家長/監護人正楷姓名)

(日期)

(日期)