

তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রত্যাহার

রোগীর পদবি	প্রথম নাম	মধ্যাংশ
কেস নং.		
চিকিৎসা কেন্দ্র	শাখা	

নির্দেশনা: **রোগীকে ফর্মের একটি কপি দিন!** রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি (1) কপি প্রস্তুত করুন।

রোগীর সম্মতি সহ প্রকাশ

সংস্থা বা ব্যক্তির নাম অথবা পদবি যাকে প্রকাশের অনুমতি দেওয়া হয়েছিল	
প্রতি:	
সংস্থা বা ব্যক্তির নাম অথবা পদবি যে প্রকাশ করছে	
থেকে:	
প্রকৃত অনুমোদনের তারিখ	

আমি, নিম্নস্বাক্ষরকারী, এতদ্বারা উপরে উল্লেখিত ব্যক্তি / সংস্থার কাছে তথ্য প্রকাশ করার জন্য আমার অনুমোদন প্রত্যাহার করছি, এটির উপর নির্ভর করে ইতিমধ্যেই নেওয়া পদক্ষেপ ব্যতীত।

আমি বুঝি যে সাধারণভাবে কর্মসূচিতে আমি কোন সম্মতি ফর্মটিতে স্বাক্ষর করতে সম্মত কিনা তার উপর আমার চিকিৎসা শর্তারোপিত নয়, তবে যদি আমি কোনও সম্মতি ফর্মটি স্বাক্ষর না করি/ বা প্রত্যাহার করি তবে নির্দিষ্ট সীমিত পরিস্থিতিতে আমার চিকিৎসা অস্বীকার করা যেতে পারে। আমি এটাও স্বীকার করি যে কোনও আইনী কর্তৃপক্ষকে সম্মতি প্রত্যাহার করলে তার ফলাফল থাকতে পারে যেগুলিতে একটি শর্ত বা মুক্তি, সত্যতা-প্রমাণীকরণ, বা প্যারোল হিসাবে এই ধরনের সম্মতি প্রয়োজন নীচে আমার স্বাক্ষর দ্বারা স্বীকৃত হিসাবে, আমি এই ফর্মের একটি কপি পেয়েছি।

(রোগীর স্বাক্ষর)

(প্রয়োজনে পিতা-মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর)

(রোগীর নাম লিখুন)

(রোগী/পিতা-মাতার নাম লিখুন)

(তারিখ)

(তারিখ)