

**СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ,  
КАСАЮЩЕЙСЯ  
ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ОТ  
АЛКОГОЛЬНОЙ/НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

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. Если данная форма используется для выставления счетов, следует подготовить дополнительную копию для агента по ресурсам и возмещению. Если данная форма подлежит отправке в другой орган с требованием о предоставлении информации, то следует подготовить дополнительную копию, которая будет приложена к карте пациента.

**[РАСКРЫТИЕ]/[СООБЩЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ] С РАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТА  
(ОБВЕСТИ)**

ОБЪЕМ ИЛИ ХАРАКТЕР ИНФОРМАЦИИ, ПОДЛЕЖАЩЕЙ РАСКРЫТИЮ/ПЕРЕДАЧЕ

ЦЕЛЬ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ РАСКРЫТИЯ/ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

ИМЯ ЛИЦА ИЛИ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ,  
РАСКРЫВАЮЩЕЙ/ПЕРЕДАЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИЮ

ИМЯ ЛИЦА ИЛИ НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, КОТОРОЙ  
БУДЕТ РАСКРЫТА/ПЕРЕДАНА ИНФОРМАЦИЯ

Между:

и:

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, прочел/прочла данный документ и даю свое согласие на раскрытие указанной информации персоналом раскрывающей/сообщающей организации. Я понимаю, что могу в любой момент в письменной форме отозвать данное согласие, кроме случаев, когда на основании этого документа уже предприняты какие-либо действия. Данное согласие будет действовать в течение шести (6) месяцев с момента подписания, если ниже не указан иной период, событие или условие; в этом случае срок действия согласия определяется указанным периодом, событием или условием. Я также понимаю, что любое раскрытие/сообщение информации регулируется Титулом 42 Свода федеральных нормативных актов, устанавливающим принцип конфиденциальности медицинской информации пациентов, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости, а также Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 г. (HIPAA) и Титулом 45 Свода федеральных нормативных актов, частями 160 и 164, и что дальнейшее раскрытие этой информации какой-либо стороне, отличной от указанных выше, запрещено, если на это нет дополнительного письменного разрешения с моей стороны.

Период времени, событие или условие, заменяющее период, указанный выше: \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ.**

Любая информация, раскрываемая на основании данной формы, должна сопровождаться формой запрета на дальнейшее раскрытие информации, касающейся пациента, страдающего от алкогольной/наркотической зависимости (TRS-1)

Я понимаю, что в целом факт подписания мною формы согласия не может быть условием для получения мной лечения в рамках программы, но в некоторых определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу форма согласия. Я получил(а) копию этой формы и подтверждаю это своей подписью ниже.

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

\_\_\_\_\_  
(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

\_\_\_\_\_  
(Имя пациента печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Имя родителя/опекуна печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Дата)