

গোপন তথ্যের ব্যবহার সীমাবদ্ধ করার অনুরোধ

রোগীর পদবি	প্রথম নাম	মাঝের আদ্যক্ষর
কেস নং		
কেন্দ্র	ইউনিট	

নির্দেশাবলী: রোগীকে এই ফর্মের একটি প্রতিলিপি দিন! রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি (1) প্রতিলিপি প্রস্তুত করুন।

তথ্যের আভ্যন্তরীণ ব্যবহার সীমাবদ্ধ করার অনুরোধ

অনুরোধ করা সীমাবদ্ধতা
কোন তথ্য:
ব্যক্তি(দের) তথ্য সীমাবদ্ধ করতে হবে:
সীমাবদ্ধতার কারণ

আমি, নিম্ন স্বাক্ষরকারী, এতদ্বারা অনুরোধ করছি যে আমার চিকিৎসার তথ্যের/রেকর্ডের ব্যবহার উপরের বর্ণনা অনুসারে সীমাবদ্ধ করা হোক। আমি বুঝতে পেরেছি যে এই কেন্দ্র থেকে আমার অনুরোধ কারণ সহ প্রত্যাখ্যান করা হতে পারে।

(রোগীর স্বাক্ষর)

(পিতার/মাতার/অভিভাবকের স্বাক্ষর, যেখানে প্রয়োজন হবে)

(রোগীর নাম মুদ্রিত করুন)

(পিতামাতা/অভিভাবকের নাম মুদ্রিত করুন)

(তারিখ)

(তারিখ)

কেন্দ্রের পদক্ষেপ:

এর অনুরোধ অনুমোদিত হল।

এর অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করা হল। প্রত্যাখ্যানের কারণ

তথ্যের ব্যবহার রোগীকে চিকিৎসা দেওয়ার পক্ষে গুরুত্বপূর্ণ।

অন্য কোনও কারণ। বর্ণনা করুন

পরিচালক/সহকারী পরিচালক

তারিখ