

তথ্য প্রকাশে
ফৌজদারি বিচারের সম্মতি

রোগীর/বিবাদীর পদবী	প্রথম নাম	মধ্যাংশ
সনাক্তকরণ নং.	কেস নং.	
চিকিৎসা কেন্দ্র	শাখা	

নির্দেশনা: রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি (1) কপি প্রস্তুত করুন।

আমি, নিম্ন স্বাক্ষরকারী রোগী / বিবাদী, এতদ্বারা এই চিকিৎসা কেন্দ্রের কর্মচারী এবং নিম্নলিখিত ফৌজদারি বিচার সংস্থার (গুলির) / ব্যক্তির (দের) মধ্যে যোগাযোগের জন্য সম্মতি দিচ্ছি:

এই প্রকাশের উদ্দেশ্য এবং এই প্রকাশের প্রয়োজনীয়তা হল উপরে উল্লেখিত নামের ফৌজদারি বিচার সংস্থা (গুলিকে) / ব্যক্তি(দের) আমার উপস্থিতি, অগ্রগতি এবং আমার মূল্যায়ন ও চিকিৎসা সম্পর্কে মনোভাব জানানো এবং

প্রকাশ করা তথ্য হল আমার রোগ নির্ণয়, আমার উপস্থিতি সম্পর্কে তথ্য বা চিকিৎসা সেশনে উপস্থিতির অভাব, চিকিৎসা কর্মসূচির সাথে আমার সহযোগিতা, আমার আরোগ্যসম্ভাবনা এবং

আমি বুঝেছি যে চিকিৎসায় আমার অংশগ্রহণ হল নিম্নলিখিত শর্ত (প্রযোজ্য সবকটিতে টিক দিন):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> কারাবাস থেকে আমার মুক্তি | <input type="checkbox"/> আমার উপর আরোপিত দণ্ডদেশের প্রয়োগ |
| <input type="checkbox"/> আমার বিরুদ্ধে ফৌজদারি মামলার বিধান | <input type="checkbox"/> আমার উপর আরোপিত দণ্ডদেশের স্থগিতাদেশ |
| <input type="checkbox"/> অন্য পদক্ষেপ (নির্দিষ্ট করুন): | |

আমি বুঝেছি যে, যদি না অন্যথায় উল্লেখ না করা হয় তবে এই সম্মতিটি কার্যকর থাকবে এবং প্রত্যাহার করা হবে না এবং কোনও আনুষ্ঠানিক ও কার্যকরী অবসান না হওয়া পর্যন্ত বা কারাবাস এবং / অথবা প্যারোল, প্রবেশন, শর্তাধীন মুক্তির চূড়ান্ত বিধান বা অন্যান্য পদক্ষেপ যার অধীনে আমার চিকিৎসা বাধ্যতামূলক ছিল তা থেকে মুক্ত হওয়া পর্যন্ত প্রত্যাহার করা যাবে না।

সম্মতির সময়কাল (ভিন্ন হলে)

সম্মতি প্রত্যাহারের জন্য শর্ত (গুলি)(ভিন্ন হলে)

আমি বুঝেছি যে যেকোন প্রকাশ অ্যালকোহল ও মাদকদ্রব্যের অপব্যবহারের গোপনীয়তা নিয়ন্ত্রণকারী ফেডারেল রেগুলেশনের 42 স্বত্বের অংশ 2 দ্বারা আবদ্ধ এবং এই তথ্য প্রাপকগণ কেবল তাদের সরকারী দায়িত্বগুলির সাথে সম্পর্কিত পুনঃ প্রকাশ করতে পারে।

(রোগী/বিবাদীর স্বাক্ষর)

(প্রয়োজনে পিতা-মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর)

(রোগী/বিবাদীর নাম লিখুন)

(রোগী/পিতা-মাতার নাম লিখুন)

(তারিখ)

(তারিখ)