

বাতিলের তারিখ:

কর্মীর নামের আদ্যক্ষর:

নিউ ইয়র্ক স্টেট
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS
(অফিস অব এডিকশন সার্ভিস অ্যান্ড সাপোর্ট)

আসক্তি নিরাময় ব্যবস্থায়
টেলিপ্ৰ্যাকটিস ব্যবহারে সম্মতি

রোগীর নামের শেষ অংশ	প্রথম অংশ	M.I.
মামলা নম্বর		
ফ্যাসিলিটি	ইউনিট	

নির্দেশনা: রোগীকে ফরমের অনুলিপি প্রদান করুন। এই সম্মতিপত্রের মূলটি সাথে রাখুন

টেলিপ্ৰ্যাকটিস অবহিতকরণ সম্মতিপত্র

সম্মতির প্রয়োজনীয়তা বা উদ্দেশ্য: OASAS পাঠ 830 রেগুলেশনে উল্লিখিত টেলিপ্ৰ্যাকটিসের মাধ্যমে সাবস্ট্যান্স ইউজ ডিসঅর্ডার (SUD) চিকিৎসার অনুমতি প্রদান করতে।

তথ্যের ব্যাপ্তি বা প্রকৃতি

আমি _____ প্রদত্ত তথ্য এবং টেলিপ্ৰ্যাকটিসের মাধ্যমে সরবরাহকৃত সংশ্লিষ্ট নিম্নোক্ত সেবা অনুধাবন করেছি:

I. বর্ণনা:

টেলিপ্ৰ্যাকটিস হলো OASAS যেটি অডিও/ভিজুয়ালের মাধ্যমে এবং টেলিফোনিক মাধ্যমগুলি অনুমোদিত থাকার সময় টেলিপ্ৰ্যাকটিস ব্যবস্থার জন্য অনুমোদিত সেই সার্টিফাইড প্রোগ্রামের দ্বারা প্রদানকৃত সাবস্ট্যান্স ইউজ ডিসঅর্ডার (SUD) চিকিৎসা সেবা। যখন সরাসরি চিকিৎসা সেবা গ্রহণের কোনো সুযোগ থাকে না তখন চিকিৎসা প্রাপ্তি এবং আরোগ্য লাভে সহায়তার একটি বিশেষ পদ্ধতি হলো টেলিপ্ৰ্যাকটিস এবং এটি সরাসরি সেবাগুলির মতো একই রেগুলেটরি এবং ক্লিনিকাল মান সাপেক্ষে হয়ে থাকে। প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, Medicaid এবং Commercial Insurance Plans উভয়ের মাধ্যমেই পরিশোধযোগ্য।

II. গোপনীয়তা:

টেলিপ্ৰ্যাকটিসের মাধ্যমে সেবা প্রদান করার সময় ব্যক্তিগত নিজস্ব গোপনীয়তা এবং গোপনীয়তা সুরক্ষার জন্য টেলিপ্ৰ্যাকটিসটি 42 CFR সেকশন এবং HIPAA-এর গোপনীয়তার শর্তাবলী অনুসরণ করে। স্টেট এবং ফেডারেল আইনের গোপনীয়তার মানদণ্ড অনুযায়ী টেলিকমিউনিকেশন প্রযুক্তি ব্যবহার করে টেলিপ্ৰ্যাকটিস সেবা প্রদান করা হবে। টেলিপ্ৰ্যাকটিস ব্যবহার করে সরবরাহকারীরা টেলিপ্ৰ্যাকটিস ব্যবহারের সাথে যুক্ত ঝুঁকি হ্রাস করার জন্য যথাযথ প্রচেষ্টা চালাবেন। আমি আরও জানি যে আমার গোপনীয় তথ্য আমার সম্মতি ছাড়া পুনরায় প্রকাশ করা হবে না।

III. রোগীর অধিকার:

টেলিপ্ৰ্যাকটিস OASAS পাঠ 815 রোগীর অধিকার বিষয়ক বিধিমালা শর্তাবলীর সাথে সম্পর্কযুক্ত। আমার চিকিৎসা সংশ্লিষ্ট উদ্বেগ PatientAdvocacy@oasas.ny.gov ঠিকানায় পাঠানো হতে পারে, আমি জানি যে আমি যেকোনো সময় টেলিপ্ৰ্যাকটিস সেবা পরিহার করতে পারি।

আমি নিম্নে সাক্ষরকারী উপরোক্ত বিষয়টি পড়েছি এবং টেলিপ্ৰ্যাকটিসের মাধ্যমে আমার অনুমোদন দিয়েছি। আমি জানি যে এই সম্মতিটির নির্ভরতার উপরে যে পরিমাণ পদক্ষেপ নেওয়া হয়েছে তা ব্যতীত যেকোনো সময় লিখিতভাবে আমি সেটি প্রত্যাহার করতে পারি এবং যেকোনো ইভেন্টে এই সম্মতিটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে নিম্নোক্ত ক্ষেত্রে মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে:

SUD চিকিৎসা সেবা প্রদানে কর্মীকে

অনুমোদন দিয়েছি। আমি জানি যে এই সম্মতিটির নির্ভরতার উপরে যে পরিমাণ পদক্ষেপ নেওয়া হয়েছে তা ব্যতীত যেকোনো সময় লিখিতভাবে আমি সেটি প্রত্যাহার করতে পারি এবং যেকোনো ইভেন্টে এই সম্মতিটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে নিম্নোক্ত ক্ষেত্রে মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে:

(রোগীর সাক্ষর)

(পিতামাতা/অভিভাবকের সাক্ষর, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

(রোগীর স্পষ্ট অক্ষরে পুরো নাম)

(পিতামাতা/অভিভাবকের স্পষ্ট অক্ষরে পুরো নাম)

(তারিখ)

(তারিখ)

রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার কর্তৃত্ব বর্ণনা করুন: