

撤銷於：

工作人員姓名首字母縮寫：

紐約州
成癮服務和支援辦公室
(OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS)

使用遠程業務活動 (TELEPRACTICE) 提供成癮
治療的同意書

患者的姓氏	名字	中間名縮寫
案件編號		
設施	科室	

說明：給患者表格的副本。保留本同意書的原件

遠程業務活動的知情同意書

獲得同意書的目的或需求：為了允許可依照 OASAS Part 830 規定的具體要求，通過遠程業務活動提供藥物濫用障礙 (SUD) 治療。

資訊的範圍或性質

本人_____已提供資訊，並且理解關於通過遠程業務活動提供的服務的以下內容：

I. 說明：

遠程業務活動是 OASAS 經認證計劃提供藥物濫用障礙 (SUD) 治療服務的方式，該計劃已經批准可通過音頻/視覺使用經批准的電話媒體提供遠程業務活動。遠程業務活動是在無法使用面對面形式獲得治療和康復支援時採用的方式，須遵守與面對面服務相同的監管和臨床標準。在適用時，可經由 Medicaid 和商業保險計劃報銷。

II. 保密性：

遠程業務活動在通過這種遠程方式提供服務時，須遵守 42 CFR Section 和 HIPAA 保護個人隱私和保密性的保密性要求。應使用符合州和聯邦法律規定的保密性標準的電信技術來傳輸遠程業務活動。使用遠程業務活動的提供者將做出所有合理的努力，以降低與使用遠程業務活動相關的風險。本人進一步理解，本人的保密資訊不會在沒有本人同意時被再次披露。

III. 患者權利：

遠程業務活動還須遵守 OASAS Part 815 患者權利規定的要求。可將對本人治療的顧慮發送到 PatientAdvocacy@oasas.ny.gov。本人理解本人可隨時拒絕接受通過遠程業務活動提供的服務。

本人作為在下方簽署姓名者已閱讀上文內容，授權_____的工作人員通過遠程業務活動提供本人的 SUD 治療服務。本人理解：本人可隨時以書面形式撤回本同意書，但這不包括已依照本同意書採取的行動；在任何情況下，本同意書都將如下所示自動過期：

(患者的簽名)

(父母/監護人的簽名，若有要求)

(工整書寫患者的姓名)

(工整書寫父母/監護人的姓名)

(日期)

(日期)

說明代表患者簽署的授權：