

Дата отзыва:

Инициалы сотрудника:

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS
(УПРАВЛЕНИЕ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ И ПОДДЕРЖКЕ
ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ)

СОГЛАСИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ТЕЛЕТЕРАПИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Фамилия пациента	Имя	Ср. иниц.
№ ДОСЬЕ		
УЧРЕЖДЕНИЕ		ОТДЕЛЕНИЕ

ИНСТРУКЦИИ: ОТДАЙТЕ ПАЦИЕНТУ КОПИЮ ФОРМЫ. Сохраните у себя оригинал этой формы согласия.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ТЕЛЕТЕРАПИЮ

ЦЕЛЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ СОГЛАСИЯ: Разрешить проведение лечения нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (SUD) средствами телетерапии, как указано в Регламенте OASAS часть 830.

ОБЪЕМ И ХАРАКТЕР ИНФОРМАЦИИ

Я _____ предоставил(а) информацию и понимаю следующее в отношении оказания услуг с использованием телетерапии:

I. Описание:

Телетерапия (Telepractice) — это способ предоставления услуг по лечению нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (SUD), который используется в рамках сертифицированной OASAS программы, одобренной для проведения телетерапии с аудиовизуальными средствами и в случае одобрения использования телефонной связи. Телетерапия — это способ получения лечения и услуг по поддержке выздоровления в случаях, когда возможности личного контакта недоступны; на телетерапию распространяется действие тех же нормативных и клинических стандартов, что и для личного оказания услуг. Когда применимо, стоимость этих услуг возмещается по программе Medicaid и по коммерческим программам медицинского страхования.

II. Конфиденциальность:

На телетерапию распространяются требования конфиденциальности согласно Разделу 42 CFR и положениям Закона HIPAA в отношении защиты конфиденциальности и личных данных физических лиц при оказании услуг средствами телетерапии. Телетерапия должна осуществляться с использованием телекоммуникационной технологии, соответствующей стандартам защиты конфиденциальности, определенным штатным и федеральным законодательством. Поставщик услуг, использующий средства телетерапии, должен предпринять все разумные усилия для снижения рисков, связанных с телетерапией. Я также понимаю, что моя конфиденциальная информация не будет раскрыта без моего согласия.

III. Права пациента:

На телетерапию также распространяются требования Части 815 Регламента прав пациентов OASAS. Вопросы, связанные с моим лечением, можно направлять по электронной почте по адресу PatientAdvocacy@oasas.ny.gov Я понимаю, что я могу отказаться от оказания услуг посредством телетерапии в любой момент.

Я, нижеподписавшийся, прочитав приведенный выше текст _____, разрешаю персоналу предоставлять мне услуги по лечению SUD с использованием телетерапии. Я понимаю, что данное согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время, кроме случаев, когда на его основании были предприняты действия, и учитывая, что в любом случае срок действия данного согласия автоматически истекает следующим образом:

(Подпись пациента)

(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

(Имя и фамилия пациента печатными буквами)

(Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами)

(Дата)

(Дата)

Укажите ваши полномочия подписи от имени пациента: