



취소 날짜 _____ 직원 서명 _____

문제성/병적 도박 환자에 관한 정보 공개 동의서

환자의 성	이름	중간 이름
사례 번호		
시설	유닛	

지침: 양식 사본을 환자에게 주세요! 환자의 사례를 기록하기 위해 사본 1 부를 준비하세요. 이 양식을 청구 용도로 사용하려면 자원 및 보상 담당자를 위해 추가 사본을 준비하세요. 정보 요청과 함께 이 양식을 다른 기관에 보내려면 환자의 사례 기록을 위해 추가 사본을 준비하세요.

환자의 동의를 받은[발표]/[공개] (동그라미 표시)

발표/공개될 정보의 범위 또는 성격	
발표/공개 목적 및 필요성	
정보를 발표/공개하는 개인이나 조직의 이름 공개자:	발표/공개되는 정보를 취득하는 개인이나 조직의 이름 취득자:

서명자인 본인은 위 내용을 읽었으며 지정된 발표/공개 시설의 직원에게 여기에 포함된 정보를 발표/공개하도록 허용합니다. 본인은 동의서에 의거하여 조치가 취해진 범위를 제외하고 언제든지 서면으로 본 동의를 취소할 수 있음을 알고 있습니다. 아래에 기간, 사건 또는 조건이 달리 명시되어 적용되는 경우를 제외하고, 본 동의서는 서명일로부터 6 개월 후에 만료됩니다. 본인은 또한 모든 발표/공개는 뉴욕주 법과 1996 년 건강보험 이전과 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따라 이뤄져야 하며, 위에 지정된 당사자 이외의 제 3 자에게 이 정보를 재공개하는 것은 본인의 추가 서면 승인 없이는 금지됨을 잘 알고 있습니다.

위에 기재된 기간을 변경하는 기간, 사건 또는 조건: _____

참조: 본 양식을 통해 공개되는 모든 정보에는 문제성/병적 도박 환자에 관한 정보의 재공개 금지 양식이 첨부됩니다.

본인은 일반적으로 본인의 동의서 서명 여부에 상관없이 프로그램에서 제공하는 치료를 조건 없이 받을 수 있으나 제한적인 특정 상황의 경우에 동의서에 서명하지 않으면 치료가 거부될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 아래에 서명함으로써 본 양식의 사본을 받았음을 인정합니다.

_____ (환자 서명) _____ (필요한 경우, 부모/보호자 서명)

_____ (환자 이름 기재) _____ (부모/보호자 이름 기재)

_____ (날짜) _____ (날짜)