



**Office of Addiction  
Services and Supports**

ОТОЗВАНО \_\_\_\_\_ Подпись сотрудника \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О  
ПАЦИЕНТЕ С СЕРЬЕЗНОЙ/ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ  
ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА	ИМЯ	СР.ИНИЦ.
№ КАРТЫ		
УЧРЕЖДЕНИЕ		ОТДЕЛЕНИЕ

**ИНСТРУКЦИИ:** ВРУЧИТЕ КОПИЮ ЭТОЙ ФОРМЫ ПАЦИЕНТУ! Подготовьте одну (1) копию для медицинской карты пациента. Если эта форма используется для выставления счетов, подготовьте дополнительную копию для Resource and Reimbursement Agent. Если эта форма отправляется в другое учреждение с запросом информации, подготовьте дополнительную копию для медицинской карты пациента.

**[РАСКРЫТИЕ] / [СООБЩЕНИЕ] С СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА  
(ОБВЕДИТЕ НУЖНОЕ)**

ОБЪЕМ ИЛИ ХАРАКТЕР РАСКРЫВАЕМОЙ/ПЕРЕДАВАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ	
ЦЕЛЬ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ В РАСКРЫТИИ/СООБЩЕНИИ	
ИМЯ ЛИЦА ИЛИ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСКРЫВАЮЩЕЙ/ПЕРЕДАЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИЮ	ИМЯ ЛИЦА ИЛИ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, КОТОРОМУ (КОТОРОЙ) РАСКРЫВАЕТСЯ/ПЕРЕДАЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ
Между:	И:

Я, нижеподписавшийся, прочитал(а) вышеприведенное и разрешаю персоналу указанного раскрывающего/сообщающего учреждения раскрыть/сообщить информацию, содержащуюся в настоящем документе. Я понимаю, что данное согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время, кроме случаев, когда на его основании были предприняты действия. Настоящее согласие действительно в течение шести (6) месяцев с даты его подписания, если ниже не указан иной срок действия, событие или условие, в каком случае применяется этот срок действия, событие или условие. Я также понимаю, что любое раскрытие/сообщение информации должно соответствовать законодательству штата Нью-Йорк и Закону Health Insurance Portability and Accountability Act от 1996 г. (HIPAA) и что повторное раскрытие данной информации стороне, отличной от вышеуказанной, запрещается без моего дополнительного письменного согласия.

Срок действия, событие или условие, заменяющие вышеуказанный срок действия: \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ.**

К любым сведениям, передаваемым с этой формой, должна прилагаться форма «Запрет повторного раскрытия информации о пациенте с серьезной/патологической игровой зависимостью».

Я понимаю, что обычно мое лечение по программе не зависит от моего подписания формы согласия, но что в некоторых случаях мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу форму согласия. Я получил(а) копию данной формы, что подтверждается моей подписью ниже.

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

\_\_\_\_\_  
(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

\_\_\_\_\_  
(Имя пациента печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Имя родителя/опекуна печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Дата)