

নিষিদ্ধ দ্রব্য সেবনকারী অপরাধী সম্পর্কিত তথ্য
প্রকাশের অনুমতি

রোগীর নামের শেষ অংশ	প্রথম অংশ	মাতার অংশ
কেস নম্বর		
ভবন	ইউনিট	

নির্দেশনা:

রোগীর কাছে ফরমের একটি অনুলিপি প্রদান করুন! রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি (1) অনুলিপি প্রস্তুত করুন। এই ফরমটি যদি বিল তৈরি করার উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হয় তবে রিসোর্স অ্যান্ড রিইমবার্সমেন্ট এজেন্ট এর জন্য আরেকটি অতিরিক্ত অনুলিপি প্রস্তুত করুন। এই ফরমটি যদি অন্য কোনো সংস্থার তথ্য সম্পর্কিত অনুরোধের কারণে প্রেরণ করা হয়, তবে রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য আরেকটি অতিরিক্ত অনুলিপি প্রস্তুত করুন।

[প্রকাশ] / [উন্মোচন] রোগীর সম্মতিক্রমে

প্রকাশ/উন্মোচন হতে যাওয়া তথ্যের মাত্রা অথবা প্রকৃতি (বৃত্তাকারে চিহ্নিত করুন)

প্রকাশ/উন্মোচন এর উদ্দেশ্য অথবা প্রয়োজনীয়তা (বৃত্তাকারে চিহ্নিত করুন)

তথ্য প্রকাশকারী/উন্মোচনকারী ব্যক্তি অথবা প্রতিষ্ঠানের
নাম অথবা পদবি

যে সকল ব্যক্তি অথবা প্রতিষ্ঠানের কাছে তথ্য প্রকাশ/উন্মোচন করা হবে
তাদের নাম অথবা পদবি

যাদের মধ্যে:

এবং:

আমি, নিম্নস্বাক্ষরকারী, উল্লিখিত তথ্যসমূহ পড়েছি এবং প্রকাশকারী/উন্মোচনকারী প্রতিষ্ঠান কর্মীদের এখানে অন্তর্ভুক্ত তথ্যসমূহ প্রকাশ/উন্মোচন করার জন্য অনুমোদন করেছি। আমি এ ব্যাপারে অবগত যে, এই সম্মতি আমার দ্বারা যেকোনো সময় লিখিত আবেদনের ভিত্তিতে প্রত্যাহার করা যেতে পারে, তবে এক্ষেত্রে এই তথ্যের উপর ভিত্তি করে ইতোমধ্যে যে সকল পদক্ষেপ দেওয়া হয়েছে তা এই প্রত্যাহারের অন্তর্ভুক্ত হবে না। এই সম্মতি স্বাক্ষরদানের ছয় (6) মাস পর মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে, যদি না নিচে নির্দিষ্টকৃত একটি ভিন্ন সময়কাল, ঘটনা অথবা পরিস্থিতির উদ্ভব হয়। সে ক্ষেত্রে উল্লিখিত সময়কাল, ঘটনা অথবা পরিস্থিতি প্রযোজ্য হবে। আমি আরো অবগত যে, নিষিদ্ধ দ্রব্য সেবনকারী অপরাধী সম্পর্কিত রোগীর তথ্য গোপনীয়তা রক্ষাকারী ফেডারেল রেগুলেশন আইন এর শিরোনাম 42 এবং 1996 সালের স্বাস্থ্য বিমার বহনযোগ্যতা এবং জবাবদিহিতা আইন ("HIPAA") 45 C.F.R. Pts. 160 ও 164 এর মাধ্যমে যেকোনো প্রকার তথ্য প্রকাশ/উন্মোচন বাধ্যতামূলক; এবং আমার পক্ষ হতে অতিরিক্ত লিখিত অনুমোদন ব্যতীত উল্লিখিত পক্ষ ছাড়া অন্য কারো কাছে তথ্য পুনঃপ্রকাশ করা নিষিদ্ধ।

উপরে নির্দিষ্ট মেয়াদের পরিবর্তিত সময়কাল, ঘটনা অথবা পরিস্থিতি: _____

এই ফরমের মাধ্যমে উন্মোচিত যেকোনো তথ্যের সাথে নিষিদ্ধ দ্রব্য
বি:দ্র: সেবনকারী ব্যাধিযুক্ত ব্যক্তিদের (TRS-1) সম্পর্কিত তথ্য পুনঃপ্রকাশের
উপর একটি নিষেধাজ্ঞা ফরম সংযুক্ত হবে

আমি এ ব্যাপারে অবগত যে, সম্মতি ফরমটিতে আমার স্বাক্ষর করাই এই কার্যক্রমটির মাধ্যমে আমার চিকিৎসা সুবিধা প্রদান করার নিশ্চয়তা দেয় না, কিন্তু কিছু সীমিত পরিস্থিতিতে আমার স্বাক্ষর না করার কারণে আমাকে চিকিৎসা সেবা থেকে প্রত্যাহান করা হতে পারে। ফরমের নিচের দিকে স্বীকৃতি হিসেবে আমার স্বাক্ষরসহ একটি অনুলিপি আমি গ্রহণ করেছি।

(রোগীর স্বাক্ষর)

(রোগীর পিতা-মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

(রোগীর পুরো নাম)

(রোগীর পিতা-মাতা/অভিভাবকের পুরো নাম)

(তারিখ)

(তারিখ)