

同意發布有關物質使用疾患患者的資訊

患者的姓氏	名字	中間名首字母
個案編號		
設施	單位	

指引： **給患者一份表格複本！** 準備一 (1) 份複本作患者個案紀錄。如果此表格被用於帳單目的，準備另一份複本給資源和補償專員。如果此表格因資訊請求寄給了另一個機構，準備另一份複本作患者個案紀錄。

患者同意的[披露]/[發布]

將被披露/發布的資訊範圍或性質 (請圈出)	
披露/發布的目的或需要 (請圈出)	
披露/發布資訊的人員或組織姓名或職稱 和	將向其披露/發布資訊的人員或組織姓名或職稱 之間，以及：

我，簽署人，已閱讀上述內容，並授權所列明的披露/發布設施的員工披露/發布在此包含的此類資訊。我明白，我可以書面形式隨時撤回此許可，除了根據許可已採取該行動的範圍以外。許可應在簽署六 (6) 個月後過期，除非下文註明了另一個時間段、活動或情況。如有註明，則應以該時間段、活動或情況為準。我也明白，任何披露/發布受限於第 42 篇聯邦法規法典，其規限物質使用疾患患者的患者紀錄保密性，以及 1996 年頒布的健康保險流通與責任法案 (「HIPAA」) 第 45 篇聯邦法規法典第 160 和 164 部分；且在未取得我的額外書面授權之前，禁止向上述任一指定方以外的一方再披露此資訊。

取代上述時段的時間段、活動或情況： _____

註： 任何由此表格發布的資訊將隨附禁止再披露有關物質使用疾患患者的資訊表格 (TRS-1)

我明白，在一般情況下，計劃不會根據我是否已簽署同意書制定我的治療，但在特定有限情況下，如果我未簽署同意書，我可能會被拒絕治療。我已收到一份此表格的複本，如我下列的簽署所確認。

_____ (患者簽署)

_____ (如需要，父母/監護人簽署)

_____ (患者正楷姓名)

_____ (父母/監護人正楷姓名)

_____ (日期)

_____ (日期)