

একটি সুবিধাজনক এবং তাদের সাধারণ চিকিৎসা
শর্তে মাদকদ্রব্য ব্যবহারের ব্যাধিযুক্ত ব্যক্তিদের
সাথে সংশ্লিষ্ট তথ্য প্রকাশের জন্য সম্মতি

রোগীর নামের শেষাংশ	প্রথমাংশ	মধ্যাংশ
মামলা নম্বর		
ডবন		

নির্দেশনাসমূহ: রোগীকে ফরমের একটি কপি প্রদান করুন! রোগীর মামলা রেকর্ডের একটি (1) কপি প্রস্তুত করুন

নীচে স্বাক্ষরকারী আমি এই পরিষেবার কর্মীদের এটা বলার জন্য অনুমোদন করছি যে, আমি এই পরিষেবাতে উপস্থিত থাকি বা না থাকি, আমি নীচে তালিকাভুক্ত ব্যক্তিদের আমার সাধারণ অবস্থা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করছি কারণ তারা ব্যক্তিগতভাবে আমার অবস্থান এবং অগ্রগতিতে আগ্রহী। আমি আঘাত, অসুস্থতা বা অন্য জরুরি অবস্থার পরিপ্রেক্ষিতে নীচের তালিকাভুক্ত আমার নিকটতম আত্মীয়কে অবহিত করতে সম্মত।

নিকটতম আত্মীয়ের নাম	টেলিফোন
ঠিকানা	

আগ্রহী ব্যক্তিগণের নাম

সম্পর্ক

আগ্রহী ব্যক্তিগণের নাম	সম্পর্ক

আমি বুঝি যে, লিখিতভাবে অনুমোদিত তথ্যের উপর নির্ভর করে যতটুকু প্রকাশ করা হয়েছে সেটা ছাড়া সম্মতিটি আমার দ্বারা প্রত্যাহার করা হতে পারে। এই পরিষেবা থেকে আমার ছাড়া পাওয়ার এক (1) মাসের মধ্যে যেকোনো ইভেন্টে এই সম্মতিটির মেয়াদ শেষ হবে। এছাড়া আমি আরো বুঝি যে, আমার পক্ষ থেকে করা যেকোনো ধরনের প্রকাশনা এই পরিষেবার দ্বারা করা হয়েছে যেটি ফেডারেল রেগুলেশন কোডের টাইটেল 42 এর অধীনস্থ এবং যেটি হেলথ ইন্স্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি ও অ্যাকাউন্টেবিলিটি আইন 1996 ("HIPAA") এর পাশাপাশি মাদকদ্রব্য ব্যবহারের ব্যাধি রেকর্ডের গোপনীয়তা নিয়ন্ত্রণ করে।

(রোগীর স্বাক্ষর)

(প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে রোগী/অবিভাবকের স্বাক্ষর)

(রোগীর নাম লিখুন)

(রোগী/অবিভাবকের নাম লিখুন)

(তারিখ)

TRS-3 (11/2021)

(তারিখ)