

**ZGODNA NA UDZIELENIE INFORMACJI  
DOTYCZĄCYCH PRZEBYWAJĄCEJ W PLACÓWCE  
OSOBY UZALEŻNIONEJ OD SUBSTANCJI  
ODURZAJĄCYCH ORAZ INFORMACJI O OGÓLNYM  
STANIE ZDROWIA TEJ OSOBY.**

NAZWISKO PACJENTA	IMIĘ	INICJAŁ.
NR SPRAWY		
PLACÓWKA		

**INSTRUKCJE:** KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA NALEŻY PRZEKAZAĆ PACJENTOWI. Sporządzić jedną (1) kopię do dokumentacji pacjenta

Ja, niżej podpisany(-a), upoważniam personel niniejszej placówki do potwierdzenia statusu mojego pobytu w tej placówce oraz udzielenia informacji o moim ogólnym stanie zdrowia wymienionym poniżej osobom, zainteresowanym miejscem mojego pobytu i moim postępem. Wyrażam zgodę na powiadomienie członka najbliższej rodziny w przypadku odmienienia przeze mnie urazu, choroby lub w innym, nagłym przypadku.

Imię i nazwisko członka najbliższej rodziny	Telefon
Adres	

IMIONA I NAZWISKA OSÓB ZAINTERESOWANYCH	STOSUNEK

Rozumiem, iż udzieloną zgodę mogę pisemnie wycofać, a wycofanie to nie dotyczy informacji już ujawnionych na podstawie tego dokumentu. Niezależnie od powyższego, niniejsza zgoda wygaśnie wraz z upływem jednego (1) miesiąca od daty mojego wypisu z niniejszej placówki. Rozumiem również, iż wszelkie przypadki ujawnienia informacji dokonane przez niniejszą placówkę w moim imieniu podlegają przepisom Tytułu 42 Kodeksu przepisów federalnych dotyczących poufności dokumentacji osoby uzależnionej od substancji odurzających oraz przepisom Ustawy o przenośności i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

\_\_\_\_\_  
(Podpis pacjenta)

\_\_\_\_\_  
(Podpis rodzica/opiekuna, jeżeli jest wymagany)

\_\_\_\_\_  
(Imię i nazwisko drukiem)

\_\_\_\_\_  
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukiem)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Data)