

طلب تقييد استخدام المعلومات السرية

PATIENT'S LAST NAME	FIRST	M.I.
CASE NO.		
UNIT	FACILITY	

التعليمات: يجب إعطاء نسخة من النموذج للمريض! قم بإعداد نسخة واحدة (1) لسجل حالة المريض.

طلب تقييد الاستخدام الداخلي للمعلومات

التقييد المطلوب أي معلومات: معلومات الشخص (الأشخاص) يجب تقييدها: سبب التقييد:
--

أنا، الموقع أدناه، أطلب بموجبه تقييد المعلومات/السجل الطبي الخاص بي وفقاً للوصف الوارد أعلاه. وأفهم أن المؤسسة من حقها رفض طلبي رفضاً مسبقاً.

توقيع الوالد/ولي الأمر، عند الطلب

توقيع المريض

اسم الوالد/ولي الأمر مطبوعاً

اسم المريض مطبوعاً

التاريخ

التاريخ

إجراء المؤسسة:

الطلب مقبول.

الطلب مرفوض. سبب الرفض:

استخدام المعلومات ضروري لتقديم العلاج للمريض.

سبب آخر. صف:

التاريخ

المدير/المدير المساعد