

منشیات کے غلط استعمال کے مرض والے افراد سے
متعلق معلومات کے اجراء کے لیے منظوری

مریض کا آخری نام	پہلا	M.I.
کیس نمبر		
فیسبلٹی	یونٹ	

ہدایات: مریض کو فارم کی کاپی دیں! مریض کے کیس ریکارڈ کے لیے ایک (1) کاپی تیار کریں۔ اگر اس فارم کو ہنگامے کے مقاصد کے لیے استعمال کیا جاتا ہے تو وسائل اور بازادائیگی والے ایجنٹ کے لیے اضافی کاپی تیار کریں۔ اگر اس فارم کو معلومات کی درخواست کے ساتھ کسی دوسری ایجنسی کو بھیجا جاتا ہے تو مریض کے کیس ریکارڈ کے لیے ایک اضافی کاپی تیار کریں۔

[افشاء] / [اجراء] مریض کی منظوری کے ساتھ

افشاء/ اجراء کیے جانے والی معلومات کی حد یا نوعیت (دائرہ لگائیں)

افشاء/ اجراء کا مقصد یا ضرورت (دائرہ لگائیں)

اس فرد یا تنظیم کا نام یا عہدہ جس کے ساتھ معلومات کا افشاء/ اجراء کیا جاتا ہے

معلومات کا افشاء/ اجراء کرنے والے فرد یا تنظیم کا نام یا عہدہ

اور:

مابین:

میں، زبردستی نے، مذکورہ بالا کو پڑھ لیا ہے اور افشاء/ اجراء کرنے والی نامزد فیسبلٹی کے عملہ کو اس طرح کی معلومات، جیسا کہ اس میں شامل ہے، کے افشاء/ اجراء کی اجازت دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اس منظوری کو میرے ذریعے کسی بھی وقت تحریری طور پر واپس لیا جا سکتا ہے سوائے اس حد کے کہ اس کے مطابق کارروائی کی جا چکی ہو۔ اس منظوری کی میعاد اس پر دستخط کرنے کے چھ (6) مہینے بعد ختم ہو جائے گی، الا یہ کہ ذیل میں دوسرے وقت کے وقفہ، ایونٹ یا صورتحال کا تعین کیا گیا ہو، جس صورت میں اس طرح کا وقت کا وقفہ، ایونٹ یا صورتحال لاگو ہوں گے۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ کوئی بھی افشاء/ اجراء کوڈ آف فیڈرل ریگولیشنز کے عنوان 42 سے جو منشیات کے غلط استعمال کے مرض والے افراد کے لیے مریض کے ریکارڈ کی رازداری کو منضبط کرتا ہے، نیز 1996 کے ہیلتھ انشورنس انتقال پبیری و احتساب ایکٹ (45 C.F.R. Pts ("HIPAA") 160 & 164 سے پابند ہے؛ اور اوپر نامزد کے علاوہ فریق کو اس معلومات کا افشاء میری جانب سے اضافی تحریری منظوری کے بغیر ممنوع ہے۔

اوپر متعینہ وقفہ کو تبدیل کرنے والا وقت کا وقفہ، ایونٹ یا صورتحال:

نوٹ: اس فارم کے ذریعے جاری کردہ کوئی بھی معلومات منشیات کے غلط استعمال کے مرض والے افراد سے متعلق معلومات کے دوبارہ افشاء پر پابندی (TRS-1) فارم کے ساتھ ہوگی۔

میں سمجھتا ہوں کہ عام طور پر پروگرام میرے علاج کی شرط نہیں رکھ سکتا ہے کہ آیا مجھے فارم پر دستخط کرنا ہے، لیکن کچھ مخصوص محدود حالات میں اگر میں فارم پر دستخط نہیں کرتا ہوں تو مجھے علاج سے منع کیا جاسکتا ہے۔ ذیل میں میرے دستخط کی شناخت کرنے کے بعد، مجھے اس فارم کی ایک کاپی حاصل ہوئی ہے۔

(ضروری ہونے پر والدین/ سرپرست کے دستخط)

(مریض کے دستخط)

(والدین/ سرپرست کا نام جلی حروف میں)

(مریض کا نام جلی حروف میں)

(تاریخ)

(تاریخ)