

معلومات کے اجراء کے لیے رضامندی کی واپسی

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

مريض کو فارم کی کاپی دیں! مريض کے کیس ریکارڈ کے لیے ایک (1) کاپی تیار کریں۔

مريض کی رضامندی سے افشاء معلومات

اس شخص یا تنظیم کا نام یا لقب جس کو افشاء معلومات کی اجازت دی گئی تھی
بخدمت
معلومات کا افشاء کرنے والے شخص یا تنظیم کا نام یا لقب
منجانب:
اصل اجازت کی تاریخ

میں، زیر دستخطی مذکورہ بالا شخص / تنظیم کو معلومات افشاء کرنے کے لیے اپنی اجازت سے دست بردار ہوتا ہوں۔ بحیر اسکے کہ اس حد تک کہ اس کی کارروائی پہلے ہی انجام دی جا چکی ہو۔

میں سمجھتا ہوں/سمجھتی ہوں کہ عموماً یہ پروگرام اس تعلق سے میرے علاج پر اثر انداز نہیں ہو سکتا کہ میں رضامندی فارم پر دستخط کرنے سے اتفاق کرتا / کرتی ہوں یا نہیں بلکہ یہ کہ بعض محدود حالات میں اگر میں دستخط نہ کروں/ یا کوئی رضامندی فارم واپس لے لوں تو مجھے علاج سے محروم رکھا جا سکتا ہے۔ میں یہ بھی تسلیم کرتا / کرتی ہوں کہ اگر میں کسی قانونی ذمہ دار کے سامنے معلومات کے افشاء کرنے کی رضامندی سے انکار کروں جسے معلومات شرط رہائی، آزمائش یا عارضی رہائی کے طور پر مطلوب ہو۔ ذیل میں میرے دستخط کی شناخت کرنے کے بعد، مجھے اس فارم کی ایک کاپی حاصل ہوئی ہے۔

(ضرورت پڑنے پر والدین/ سرپرست کے دستخط)

(مريض کے دستخط)

(والدین/سرپرست کا نام لکھیں)

(مريض کا نام لکھیں)

(تاریخ)

(تاریخ)