

طبی سہولیات اور عام طبی حالت میں مریض کی موجودگی میں شراب نوشی/
نشہ خوری سے متعلق معلومات کے اجراء کی رضامندی

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

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

میں، زیر دستخطی اس طبی سہولیات کے عملے کو یہ کہنے کی اجازت دیتا/ دیتی ہوں کہ وہ میری اس طبی سہولیت میں موجود ہونے یا نہ ہونے کی جانکاری درج ذیل کو جو ذاتی طور پر میری خیر و عافیت اور پیش رفت میں دلچسپی رکھتے ہے اپنی عام حالت کے بارے معلومات فراہم کر سکتے ہے۔ میں کسی چوٹ، بیماری یا ہنگامی حالت میں اپنے قریب ترین رشتہ دار کو مطلع کیے جانے رضامندی ظاہر کرتا ہوں۔

قریب ترین رشتہ دار کا نام	تیلیفون
پتہ	

دلچسپی رکھنے والے فرد (افراد) کے نام	متعلقہ افراد سے رشتہ

میں سمجھتا ہوں/ سمجھتی ہوں کہ میں رضامندی تحریری طور پر، واپس لے سکتا / سکتی ہوں، علاوہ اس حد کے جس تک مجاز شدہ معلومات کا افشاء اس کے مطابق کیا گیا ہو۔ ہر حال میں، یہ رضامندی طبی سہولیات سے میرے چلے جانے کے ایک (1) ماہ بعد ختم ہو جائے گی۔ میں یہ بھی سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ اس طبی سہولیات کی طرف سے میرے نام پر کیا گیا کوئی افشاء معلومات شراب اور منشیات کی عادت کے ریکارڈ کی راز داری سے متعلق مجموعہ وفاقی ضوابط کے ٹائٹل 42 اور اس کے علاوہ ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی ایکٹ آف 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act,) کے مطابق ہے۔

(ضرورت پڑنے پر والدین/ سرپرست کے دستخط)

(مریض کے دستخط)

(والدین/سرپرست کا نام لکھیں)

(مریض کا نام لکھیں)

(تاریخ)

(تاریخ)