NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

# WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH PACJENTA CIERPIĄCEGO NA ALKOHOLIZM/NARKOMANIĘ

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

**INSTRUKCJE:** **PROSIMY PRZEKAZAĆ KOPIĘ FORMULARZA PACJENTOWI!** Prosimy przygotować jeden (1) egzemplarz akt sprawy pacjenta.

## WNIOSEK O WPROWADZENIE ZMIAN

| PROPONOWANA ZMIANA W DOKUMENTACJI: | |
|---|---|
| UZASADNIENIE ZMIANY: | |
| CZĘŚĆ DOKUMENTACJI PODLEGAJĄCA ZMIANIE: | |

Ja, niżej podpisany(-a), niniejszym wnioskuję o wprowadzenie do mojej dokumentacji medycznej zmian opisanych powyżej. Przyjmuję do wiadomości, że placówka może odrzucić mój wniosek z podaniem przyczyny. Przyjmuję również do wiadomości, że w przypadku przyjęcia zmiany placówka podejmie uzasadnione starania w celu przekazania zmiany wszystkim stronom, którym ujawniono informacje z mojej dokumentacji objętej tą zmianą.

_____ (Podpis pacjenta)

_____ (Podpis rodzica/opiekuna, jeśli jest wymagany)

_____ (Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami)

_____ (Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukowanymi literami)

_____ (Data)

_____ (Data)

Działanie placówki:

____Wniosek przyjęto.

____Wniosek odrzucono. Powód odrzucenia wniosku:

- ____Materiał podlegający zmianie nie został utworzony w ramach programu.
- ____Materiał jest notatką z psychoterapii lub informacją zebraną w celu przewidywania lub wykorzystania w pozwie lub postępowaniu cywilnym, karnym lub administracyjnym.
- ____Program stwierdza, że zapis jest dokładny i kompletny.
- ____Inny powód. Prosimy opisać

_____

_____
Dyrektor / zastępca dyrektora (Data)