NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

WNIOSEK O OGRANICZENIE WYKORZYSTANIA INFORMACJI POUFNYCH

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 OGRANICZENIE WEWNĘTRZNEGO WYKORZYSTANIA INFORMACJI

WNIOSKOWANE OGRANICZENIE JAKIE INFORMACJE: INFORMACJE O POSZCZEGÓLNYCH OSOBACH POWINNY BYĆ OGRANICZONE:
POWÓD OGRANICZENIA

Ja, niżej podpisany(-a), niniejszym wnioskuję o ograniczenie wykorzystania mojej dokumentacji medycznej w sposób opisany powyżej. Przyjmuję do wiadomości, że placówka może odrzucić mój wniosek z podaniem przyczyny.

_____ _____

(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:

____ Wykorzystanie informacji jest niezbędne do prowadzenia leczenia pacjenta.

____ Inny powód. Prosimy opisać: _____

_____

Dyrektor / zastępca dyrektora (Data)