NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

WNIOSEK O PONOWNE ROZPATRZENIE W SPRAWIE ODRZUCENIA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO DOKUMENTACJI

NAZWISKO PACJENTA ,	IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA
NR SPRAWY		
PLACÓWKA	WYDZIAŁ	

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

WNIOSEK O PONOWNE ROZPATRZENIE

RODZAJ PIERWOTNEGO WNIOSKU

☐ WNIOSEK O ZMIANĘ ZAPISU

☐ WNIOSEK O WGLĄD DO AKT/KOPIĘ ZAPISU

☐ WNIOSEK O OGRANICZENIE WYKORZYSTANIA INFORMACJI POUFNYCH:

PRZYCZYNA PONOWNEGO ROZPATRZENIA ODRZUCENIA WNIOSKU

Ja, niżej podpisany(-a), niniejszym wnoszę o ponowne rozpatrzenie odmownej decyzji w sprawie mojego wniosku (opisanej 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

☐ Materiał, który ma zostać zmieniony, nie został utworzony przez program.

☐ Materiał jest notatką z psychoterapii lub informacją zebraną w celu przewidywania lub wykorzystania w postępowaniu cywilnym, karnym lub administracyjnym.

☐ Program stwierdza, że zapis jest dokładny i kompletny.

___ Inny powód. Prosimy opisać _____

_____

Dyrektor/zastępca dyrektora Data