NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

کلینکل ریکارڈ کا جائزہ لینے یا نقل حاصل کرنے کی درخواست

مریض کا آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام
کیس نمبر		
سہولت گاہ	یونٹ	

ہدایات: آپ کے طبی ریکارڈ کا جائزہ لینے یا نقل حاصل کرنے کے لیے یہ فارم پُر کر کے آپ کے کونسلر کو لوٹایا جانا چاہیے۔ اس درخواست کے 30 دن کے اندر آپ کو معلومات فراہم کر دی جائیں گی۔

مریض کی رضامندی کے ساتھ افشاء

جائزہ لی جانے والی/حاصل کی جانے والی معلومات کی حد یا نوعیت
معلومات کا مقصد یا ضرورت
درخواست کردہ معلومات بھیجنے کا پتہ
معلومات افشاء کرنے والے شخص یا تنظیم کا نام یا عہدہ منجانب:

میں نے، جس کے دستخط ذیل میں موجود ہیں، تحریری صورت میں یہ درخواست کی ہے کہ میرے طبی ریکارڈ سے مذکورہ بالا معلومات مجھے فراہم کی جائے۔ میں یہ سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ معلومات حاصل کر پانے کے لیے مجھے یہ تحریری درخواست جمع کروانی ہوگی اور یہ کہ مجھے اس درخواست کے 30 دن کے اندر معلومات مل جائیں گی۔

میں یہ سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ کوئی بھی افشاء الکحل اور منشیات کا غلط استعمال کرنے والے مریضوں کے ریکارڈز کی رازداری کو کنٹرول کرنے والے وفاقی ضوابط کے کوڈ کے عنوان 42 نیز 1996 کے صحت کی انشورنس کی انتقال پذیری اور احتساب کے ایکٹ 45 C.F.R. Pts. 160 &164 (“HIPAA”) ; کے زیر اثر ہیں اور یہ کہ میری طرف سے اضافی تحریری اجازت کے بغیر ان معلومات کو کسی اور فریق کو دوبارہ افشاء کرنا ممنوع ہے۔

نوٹ: آپ کو مواد نقل کرنے کے لیے فیس چارج کی جائے گی۔ یہ فیس $0.05 فی صفحہ ہے

(مریض کے دستخط) _____ (والد/والدہ/نگران کے دستخط، جہاں درکار ہوں) _____

(جلی حروف میں مریض کا نام) _____ (جلی حروف میں والد/والدہ/سرپرست کا نام) _____

(تاریخ) _____ (تاریخ) _____

سہولت گاہ کی کارروائی:

☐ درخواست منظور ہوگئی ہے۔

☐ درخواست مسترد ہوگئی ہے۔ مسترد ہونے کی وجہ

_____

_____

ڈائریکٹر/اسسٹنٹ ڈائریکٹر تاریخ