

حصہ لینے والی فراہم کنندہ تنظیم کے لئے منظوری فارم برائے مریض (Patient Consent Form for Participating Provider Organization)

(“_____”)

میں نے "بروکلن ہیلتھ انفارمیشن ایکسچینج: تعلیمی فیکٹ شیٹ" نامی دستاویز حاصل کر لیا ہے جس میں یہ بتایا گیا ہے کہ بروکلن ہیلتھ انفارمیشن ایکسچینج ("BHIX") کیسے کام کرتا ہے، یہ کیسے کام دیکھتا ہے، اور میں کیسے BHIX میں حصہ لینے والے ہسپتالوں، نرسنگ ہوموں، گھریلو طبی ایجنسیوں اور دوسرے طبی دیکھ بھال فراہم کنندگان کے ذریعہ اپنے سے متعلقہ طبی معلومات دیکھے جانے کی اجازت دے سکتا ہوں۔ اگر میں مریض کے قانونی نمائندہ کے طور پر اس فارم پر دستخط کرتا ہوں تو میں یہ سمجھتا ہوں کہ اس فارم میں "مجھے" یا "میرا" کے تمام حوالوں کا مطلب مریض سے ہے۔

میری دیکھ بھال میں لگی ہر حصہ لینے والی فراہم کنندہ تنظیم ("حصہ لینے والی فراہم کنندہ") کو BHIX کے ذریعہ میری طبی معلومات دیکھنے کے لئے میری منظوری الگ سے ضرور حاصل کرنی چاہئے۔ [_____] BHIX میں ایک حصہ لینے والی فراہم کنندہ ہے۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ اگر میں نیچے منظوری دیتا ہوں تو میں ایسا کر کے BHIX کے ذریعہ اپنی طبی معلومات دیکھنے کے لئے [_____] کو اختیار دیتا ہوں جس میں BHIX کا استعمال کرنے کے لئے [_____] کے ذریعہ اختیار یافتہ تمام افراد شامل ہیں۔

- مقصد:** میں یہ سمجھتا ہوں کہ میری طبی معلومات کا استعمال مجھے طبی علاج فراہم کرنے اور [_____] کے ذریعہ اس کے مریضوں کو فراہم کی جانے والی طبی دیکھ بھال کی کوالٹی میں بہتری کرنے کے لئے ہی کیا جائے گا۔
- اقسام معلومات:** میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ منظوری [_____] کو میری تمام طبی معلومات دیکھنے کی اجازت دیتی ہے جس میں مندرجہ ذیل سے متعلقہ حساس معلومات شامل ہے، لیکن یہ اسی تک محدود نہیں ہے:
 - ایچ آئی وی / ایڈز
 - جینیٹک بیماری یا جینیٹک جانچیں
 - جنسی منتقل بیماریاں
 - دماغی صحت
 - الکحل یا دوا کے غلط استعمال کا علاج
 - فیملی پلاننگ

3. ذرائع برائے معلومات صحت: BHIX کے ذریعہ حاصل کی گئی معلومات مختلف اقسام کے ذرائع سے آتی ہے ("ذرائع برائے معلومات صحت")۔ ان ذرائع برائے معلومات صحت میں حصہ لینے والی فراہم کنندگان، دوسرے طبی دیکھ بھال فراہم کنندگان (جیسے فارمیسیاں یا کلینیکل لیباریٹریز)، صحت کا بیمہ کرنے والے، نیویارک اسٹیٹ میڈیک ایڈ پروگرام اور صحت کی معلومات کے دوسرے ایکسچینج شامل ہو سکتے ہیں۔ حالیہ ذرائع برائے معلومات صحت کی ایک مکمل فہرست www.bhix.org پر دیکھی جا سکتی ہے۔ یہ فہرست وقتاً فوقتاً تبدیل ہوگی کیونکہ BHIX کی ترقی ہو رہی ہے۔

- یہ منظوری [_____] کو میرے ذریعے اس فارم پر دستخط کرنے کی تاریخ سے پہلے اور بعد میں تیار کی گئی معلومات دیکھنے کی اجازت دیتی ہے۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ میرے بارے میں معلومات لاگو قوانین اور قواعد کے ذریعہ منظور حد تک ہی [_____] کے ذریعہ دوبارہ ظاہر کی جا سکتی ہے۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ اگر میں منظوری دیتا ہوں تو میری منظوری میرے ذریعہ منظوری واپس لینے کے دن تک یا BHIX کے کام بند کرنے تک، جو بھی کوئی پہلے ہو تک نافذ العمل رہے گی۔
- میں یہ سمجھتا ہوں کہ اگر میں اپنا فیصلہ بدلتا ہوں اور منظوری واپس لینا چاہتا ہوں تو میں منظوری واپس لینے کے فارم پر دستخط کر سکتا ہوں۔ اگر میں منظوری واپس لیتا ہوں تو [_____] تب تک BHIX کے ذریعہ میرے بارے میں معمولاً طبی معلومات نہیں دیکھ سکے گی جب تک میں مریض کے نئے منظوری فارم پر دستخط کر کے اور اسے بھر کر دوبارہ منظوری نہ دوں۔ منظوری واپس لینے کے اس وقت طبی معلومات کی فراہمی متاثر نہیں ہوگی جب میری منظوری نافذ العمل تھی۔
- میں یہ سمجھتا ہوں کہ اگر میں نیچے منظوری کے لئے منع کرتا ہوں تو [_____] BHIX کے ذریعہ ہنگامی صورت حال میں بھی میری معلومات نہیں دیکھے گی۔
- میں یہ سمجھتا ہوں کہ BHIX میں حصہ لینے کا میرا فیصلہ رضاکارانہ ہے۔ کوئی بھی حصہ لینے والی فراہم کنندہ مجھے طبی دیکھ بھال فراہم کرنے سے منع نہیں کرے گی اور میری بیمہ اہلیت اس صورت میں متاثر نہیں ہوگی اگر میں BHIX میں حصہ لینے کے لئے منظوری دینے سے منع کرتا ہوں۔
- میں یہ سمجھتا ہوں کہ اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد مجھے اس کی ایک نقل ملے گی۔

میں اس کے ذریعہ منظوری دیتا ہوں منظوری دینے سے منع کرتا ہوں

[_____] کو BHIX کے ذریعہ تمام ذرائع برائے معلومات صحت سے میری تمام طبی معلومات دیکھنے کے لئے۔

مریض کا نام صاف الفاظ میں

مریض کی تاریخ پیدائش

مریض یا مریض کے قانونی نمائندہ کے دستخط

تاریخ

مریض یا مریض کے قانونی نمائندہ کا نام صاف الفاظ میں (اگر لاگو ہو)

مریض کے قانونی نمائندہ کا رشتہ