

حصہ لینے والی فراہم کنندہ تنظیم کے لئے منظوری واپس لینا
(Withdrawal of Consent for Participating Provider Organization)
(“_____”)

میں نے بروکلن ہیلتھ انفارمیشن ایکسچینج ("BHIX") کے ذریعہ اپنی طبی معلومات تک رسائی کے لئے [_____] کو اجازت دینے کے لئے پہلے ایک طبی منظوری فارم پر دستخط کئے ہیں۔

میں یہ سمجھتا ہوں کہ میری منظوری واپس لینے سے [_____] BHIX کے ذریعہ میرے بارے میں معمولاً طبی معلومات تک رسائی حاصل نہیں کر سکے گی۔

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" کا مطلب مریض سے ہوگا۔

1. منظوری کا واپس لینا اس صورت میں فراہم کی گئی طبی معلومات کو متاثر نہیں کرے گا جب میری منظوری لاگو تھی۔
2. اس منظوری کو واپس لینا صرف [_____] پر لاگو ہے اور BHIX میں کسی دوسری حصہ لینے والے فراہم کنندہ کو دی گئی کسی منظوری پر لاگو نہیں ہے۔
3. میری منظوری کو واپس لینے کی کارروائی کرنے میں کچھ دن لگ سکتے ہیں۔
4. کوئی بھی حصہ لینے والی فراہم کنندہ مجھے طبی دیکھ بھال فراہم کرنے سے منع نہیں کرے گی اور میری منظوری کے واپس لینے کی بنیاد پر میری بیمہ اہلیت متاثر نہیں ہوگی۔
5. میں یہ سمجھتا ہوں کہ اگر میں BHIX کے ذریعہ اپنی طبی معلومات معمولاً دیکھنے کے لئے [_____] کے لئے منظوری بحال کرنا چاہتا ہوں تو میں مریض کے نئے منظوری فارم پر دستخط کر کے اور اسے بھر کر اور آپ کی اگلی ملاقات پر آپ کی حصہ لینے والی فراہم کنندہ کو اسے واپس دے کر ایسا کر سکتا ہوں۔
6. میں یہ سمجھتا ہوں کہ جب تک میں "میں منظوری کے لئے منع کرتا ہوں" کی نشان دہی کرتے ہوئے [_____] پر مریض کے ایک نئے منظوری فارم پر دستخط نہیں کرتا اور اسے نہیں بھرتا، تب تک [_____] کسی ہنگامی صورت حال میں BHIX کے ذریعہ میرے بارے میں طبی معلومات تک رسائی حاصل کر سکے گی۔ میں اس وقت منظوری کے لئے منع کرنے کے لئے [_____] سے مریض کے منظوری فارم کی ایک نقل کے لئے کہہ سکتا ہوں، جب میں یہ "منظوری واپس لینا" داخل کرتا ہوں۔
7. میں یہ سمجھتا ہوں کہ مجھے اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد اس کی ایک نقل ملے گی۔

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