

অংশগ্রহণকারী সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠানের জন্য রোগীর সম্মতি প্রত্যাহারের ফর্ম

আমি ইতিপূর্বে রোগীদের সম্মতি ফর্মে স্বাক্ষর করে বুকলিন হেলথ ইনফরমেশন এক্সচেঞ্জ (“BHIX”) এর মাধ্যমে _____কে আমার সম্পর্কিত চিকিৎসা তথ্য প্রবেশাধিকার দিয়েছিলাম।

আমি জেনেছি যে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করে নিলে BHIX এর মাধ্যমে _____ আর আমার সম্পর্কিত চিকিৎসা তথ্য দেখতে পারবে না।

যদি রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধি হিসেবে আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর করি, তাহলে আমি জেনেছি যে এই ফর্মে “আমি” অথবা “আমার” উল্লেখ করা হলে তার দ্বারা রোগীকে বোঝানো হবে।

- সম্মতি প্রত্যাহার করে নিলে সম্মতি বলবৎ থাকাকালীন যে চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্যের আদানপ্রদান হয়েছিল তা প্রভাবিত হবে না।
- এই সম্মতি প্রত্যাহার শুধু _____ এর ক্ষেত্রেই প্রযোজ্য হবে এবং BHIX এর অন্য একটি অংশগ্রহণকারী প্রোভাইডারকে প্রদত্ত কোনো সম্মতির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না।
- আমার সম্মতি প্রত্যাহারের প্রক্রিয়াকরণ করতে বেশ কয়েকদিন সময় লাগতে পারে।
- আমি সম্মতি প্রত্যাহার করে নিলেও কোনো অংশগ্রহণকারী প্রোভাইডার আমাকে চিকিৎসা সেবা দিতে অস্বীকার করবে না এবং আমার বিমার সুবিধা পাওয়ার যোগ্যতা কোনোভাবে প্রভাবিত হবে না।
- আমি জেনেছি যে যদি আমি সম্মতি পুনর্বহাল করে _____কে গতানুগতিকভাবে BHIX এর মাধ্যমে আমার সম্পর্কিত চিকিৎসা তথ্য প্রবেশের অনুমতি দিতে চাই, তাহলে আমি একটি নতুন রোগীদের সম্মতি ফর্ম পূরণ করে ও তাতে স্বাক্ষর করে এবং পরবর্তী সাক্ষাৎকারের সময় সেটিকে আমাদের অংশগ্রহণকারী প্রোভাইডার এর কাছে জমা দিয়ে তা করতে পারি।
- আমি জেনেছি যে যতক্ষণ পর্যন্ত না আমি একটি নতুন রোগীদের সম্মতি ফর্মে স্বাক্ষর করছি এবং সেটিকে সম্পূর্ণ ভর্তি করছি এবং সেই প্রক্রিয়ার মাধ্যমে ইঙ্গিত করছি যে আমি সম্মতি প্রত্যাহার করছি, ততক্ষণ পর্যন্ত জরুরি পরিস্থিতিতে _____ আমার সম্পর্কিত চিকিৎসা তথ্যে BHIX এর মাধ্যমে প্রবেশাধিকার পাবে। যখন এই সম্মতি প্রত্যাহার ফর্মটি জমা দেব তখন সম্মতির অনুরোধ প্রত্যাহার করার জন্য আমি _____কে রোগীদের সম্মতি ফর্মের একটি কপির জন্য অনুরোধ করতে পারি।
- আমি জেনেছি যে এই ফর্মের একটি কপি স্বাক্ষর করার পরে আমাকে দেওয়া হবে।

রোগীর নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন

রোগীর জন্ম তারিখ

রোগী অথবা তাঁর আইনি প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

[Signature of Patient or Patient’s Legal Representative]

[Date]

রোগীর আইনি প্রতিনিধির নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন (যদি প্রযোজ্য হয়)

রোগীর আইনি প্রতিনিধির সঙ্গে সম্পর্ক

[Print Name of Patient’s Legal Representative (if applicable)]

[Relationship of Patient’s Legal Representative]