

فرم انصراف - بزرگسالان، والدین / قیم یا شخص مسئول

اظهارنامه بزرگسالان، والدین/سرپرست (از طرف یک کودک یا خردسال) یا شخص مسئول (از طرف شخصی که قادر نیست ویا صلاحیت آن را ندارد که از طرف خود اظهارنامه را تایید نماید)

من این فرم را امضا می کنم تا از برنامه MedicineInsight انصراف دهم. من با امضا نمودن این فرم موارد زیر را تایید می نمایم.

- من برگه اطلاعات را مطالعه نموده ام و یا کسی آن را به زبانی که من با آن آشنا هستم، برایم خوانده است. نسخه های ترجمه شده برگه اطلاعات را نیز می توانید در: <https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information> پیدا کنید.
- این فرصت در اختیار من قرار داده شده تا سوالاتم را در مورد MedicineInsight مطرح کنم. این مطب برنامه را برای من توضیح داده و سوالات من را پاسخ داده است.
- من درک مینمایم که با این کار اشتراک اطلاعات من یا اطلاعات مرتبط با شخصی که این فرم انصراف از طرف او امضا شده است را به MedicineInsight متوقف می کند و نیز میدانم که ممکن است امکان پس گرفتن اطلاعات جمع آوری شده تا زمان انجام این انصراف، وجود نداشته باشد.
- من می دانم که تصمیم برای انصراف از MedicineInsight بر مراقبت های بهداشتی ای که من یا شخصی که از طرف او این تصمیم گرفته شده است چه در زمان حال و چه در آینده دریافت خواهد کرد، تأثیری نخواهد داشت.

اگر مایل هستید که از برنامه MedicineInsight انصراف دهید، لطفاً این کادر را علامت بزنید:

من می خواهم از برنامه MedicineInsight انصراف دهم

اگر از طرف شخص دیگری این فرم را تکمیل می کنید، لطفاً این کادر را علامت بزنید:

من این فرم را از طرف یک کودک / خردسال یا از طرف شخصی که قادر نیست ویا صلاحیت آن را ندارد که از طرف خود اظهارنامه را تایید نماید، تکمیل می کنم.

| | |
|--|--|
| | نام شخص |
| | نام والدین / قیم یا شخص مسئول. *اگر از طرف خود امضا می کنید، این قسمت را خالی بگذارید |
| | آدرس |
| | سن (به سال) |

امضا:

تاریخ:

لطفاً فرم تکمیل شده را به پزشک عمومی یا پذیرش مطب بازگردانید.

*برای امور دفتری

من بیمار را از برنامه جمع آوری داده های MedicineInsight حذف کرده ام

من برای اطمینان از اینکه برنامه MedicineInsight اطلاعات موجود در پرونده پزشکی بیمار را جمع آوری نمی کند، اقدام نمودم.

| | |
|--|---------------------|
| | نام شخص اقدام کننده |
|--|---------------------|

امضا:

تاریخ: