

Çıkma Formu: Yetişkinler, Ebeveyn/ Veli veya Sorumlu Kişi

Yetişkinler, bir ebeveyn/veli (çocuk veya reşit olmayan kişi adına) veya sorumlu kişi (kendi adına rıza veremeyecek veya rıza vermeye ehliyeti olmayan kişi adına) tarafından beyan

Bu formu MedicineInsight programından çıkmak için imzalıyorum. Formu imzaladığımda aşağıdaki hususları kabul etmiş oluyorum:

- Bilgi Formunu okudum ya da birisi bana anladığım bir dilde okudu. Bilgilendirme Formunun çevrilmiş kopyaları şu adreste de bulunabilir: <https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- MedicineInsight hakkında soru sorma fırsatım oldu. Aile hekimliği bana programı açıkladı ve sorularım yanıtlandı.
- Aile hekimliğinin bilgilerimi veya bu çıkma formunun hakkında imzalandığı kişiyle ilgili bilgileri MedicineInsight'a vermeyi durduracağını ve bu çıkma noktasına kadar toplanan bilgilerin geri alınmasının mümkün olmayabileceğini anlıyorum.
- MedicineInsight'tan çıkma kararının benim veya adına bu kararın verildiği kişinin şimdi veya gelecekte alacağı sağlık hizmetini etkilemeyeceğini anlıyorum.

MedicineInsight programından çıkmak istiyorsanız lütfen bu kutuyu işaretleyin:

MedicineInsight programından çıkmak istiyorum

Bu formu başkası adına dolduruyorsanız lütfen bu kutuyu işaretleyin:

Bu formu bir çocuk/reşit olmayan kişi veya kendi adına rıza veremeyecek veya rıza vermeye ehliyeti olmayan kişi adına dolduruyorum.

Kişinin adı	
Ebeveyn/veli veya sorumlu kişinin adı. <i>*Kendi adınıza imzaluyorsanız bu kısmı boş bırakın.</i>	
Adres	
Yaş (yıl olarak)	

İmza: _____ Tarih: _____

Lütfen doldurulmuş formu aile hekiminize veya aile hekimliği resepsiyonuna iade edin.

*RESMİ KULLANIM İÇİN

Hastayı MedicineInsight veri toplama aracından çıkardım

MedicineInsight aracının bu hastanın tıbbi kayıtlarındaki bilgileri toplamadığından emin olmak için eylem gerçekleştirdim

Eylemi gerçekleştiren görevlinin adı	
--------------------------------------	--

İmza: _____ Tarih: _____