

اسم العميل: \_\_\_\_\_  
رقم السجل الطبي \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

الموافقة على جمع / إنشاء المعلومات الصحية الشخصية

أصرح أنا \_\_\_\_\_ ، لمستشفى Bloorview Holland لتأهيل الأطفال

اكتب الاسم كاملاً بحروف واضحة

بتجميع المعلومات التالية:

الوصف الدقيق للمعلومات

من:

عنوانها

اسم المنظمة

عنوانها

اسم المنظمة

و / أو (ضع دائرة حول خيار واحد)

بالكشف عن المعلومات التالية:

الوصف الدقيق للمعلومات

إلى:

العنوان

الاسم

العنوان

الاسم

من سجلات

عنوان العميل

اسم العميل كاملاً

أفهم أن هذه المعلومات الصحية الشخصية سيتم استخدامها فقط من قبل المستلم للغرض التالي:

اذكر السبب وراء الحاجة إلى المعلومات

يرجى ملاحظة أن المعلومات الصحية الشخصية المفصح عنها قد تحتوي على معلومات تتعلق بأفراد آخرين من العائلة.

يجوز إنهاء هذا التصريح أو تغييره في أي وقت من قبل الموقع أدناه من خلال طلب كتابي يتم تقديمه إلى موارد البيانات الصحية في مستشفى Holland Bloorview لإعادة تأهيل الأطفال.

أنتازل بموجب هذا الإقرار عن رفع أي ادعاءات ضد مستشفى Holland Bloorview لإعادة تأهيل الأطفال فيما يتعلق بالكشف عن هذه المعلومات الشخصية.

العلاقة المصرح له

توقيع العميل / الشخص قانوناً بالموافقة

التاريخ