

# Holland Bloerview

Kids Rehabilitation Hospital

வாடிக்கையாளரின் பெயர்: \_\_\_\_\_

உடல்நலப் பதிவேடு எண். \_\_\_\_\_

பிறந்த தேதி: \_\_\_\_\_

தனிப்பட்ட உடல்நலத் தகவல்களைச் சேகரிப்பதற்கான / தெரிவிப்பதற்கான ஒப்புதல்

நான், \_\_\_\_\_, ஹாலந்து ப்ளூர்வியூ குழந்தைகள் மறுவாழ்வு  
அச்சிட்ட முழுப் பெயர் மருத்துவமனைக்கு இதை மேற்கொள்ள அங்கீகரிக்கிறேன்

பின்வரும் தகவல்களைச் சேகரிக்கவும்: \_\_\_\_\_ தகவல் குறித்த குறிப்பான விளக்கம்

அனுப்புநர்: \_\_\_\_\_ முகவரி  
\_\_\_\_\_ நிறுவனத்தின் பெயர்

\_\_\_\_\_ நிறுவனத்தின் பெயர் \_\_\_\_\_ முகவரி

மற்றும்/ அல்லது (ஒன்றை வட்டமிடவும்)

பின்வரும் தகவல்களைத் தெரிவிக்கவும்: \_\_\_\_\_ தகவல் குறித்த குறிப்பான விளக்கம்

பெறுநர்: \_\_\_\_\_ முகவரி  
\_\_\_\_\_ பெயர்

\_\_\_\_\_ பெயர் \_\_\_\_\_ முகவரி

இந்தப் பதிவேடுகளி லிருந்து: \_\_\_\_\_ வாடிக்கையாளரின் முழுப் பெயர்  
\_\_\_\_\_ வாடிக்கையாளரின் முகவரி

இந்தத் தனிப்பட்ட உடல்நலத் தகவல் அதைப் பெறுபவரால் பின்வரும் நோக்கங்களுக்காக மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்:

\_\_\_\_\_ தகவல் ஏன் தேவைப்படுகிறது என்பதற்கான காரணத்தைத் தெரிவிக்கவும்

தகவல் ஏன் தேவைப்படுகிறது என்பதற்கான காரணத்தைத் தெரிவிக்கவும்

இந்த அங்கீகாரம் கீழே கையொப்பமிட்டவரால் உடல்நலத் தரவு வளங்கள், ஹாலந்து ப்ளூர்வியூ குழந்தைகள் மறுவாழ்வு மருத்துவமனைக்கு எழுத்துப்பூர்வக் கோரிக்கையை அனுப்புவதன் வாயிலாக எந்த நேரத்திலும் முடிக்கப்படலாம் அல்லது மாற்றப்படலாம்.

இந்தத் தனிப்பட்ட தகவல்களைத் தெரிவிப்பது தொடர்பாக ஹாலந்து ப்ளூர்வியூ குழந்தைகள் மறுவாழ்வு மருத்துவமனைக்கு எதிரான எந்தவொரு மற்றும் எல்லா உரிமைக்கோரல்களையும் இதன் மூலம் கைவிடுகிறேன்.

\_\_\_\_\_ தேதி \_\_\_\_\_ வாடிக்கையாளரின் / நபரின் கையொப்பம் \_\_\_\_\_ உறவுமுறை

\_\_\_\_\_ ஒப்புதலுக்கு சட்டரீதியாக அங்கீகரிக்கப்பட்டது

\*CON=DISCLOS\*

பக்கம் 1 / 1 6519 (03/17)

சாட்சியின் கையொப்பம் (வயது 18 அல்லது அதற்கு மேல்)