

சிகிச்சைக்கான ஒப்புதல் படிவம்

வாடிக்கையாளர்கள் மற்றும் குடும்பங்கள்

இந்தப் படிவத்தைப் படிக்க உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டாலோ அல்லது உங்களுக்குக் கேள்விகள் இருந்தாலோ, தயவுசெய்து உங்களுடைய மருத்துவர் அல்லது செவிலியரிடம் கேட்கவும். இந்தப் படிவத்தில் "சிகிச்சை" என்ற வார்த்தையைப் பயன்படுத்தும்போது நாங்கள் நடைமுறையை, அல்லது ஒரு பயிற்சி அல்லது சிகிச்சைத் திட்டத்தைக் குறிப்பிடுகிறோம்.

வாடிக்கையாளரின் பெயர் (தயவுசெய்து அச்சிடவும்) _____

சிகிச்சை:

என்னுடைய மருத்துவரால் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வழங்குநரால் என்னுடன் விவாதிக்கப்பட்டுள்ள சிகிச்சைக்கு நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

இந்தச் சிகிச்சை _____ ஏன் அவசியமானது என்பதைப் பற்றியும், இந்தச் சிகிச்சையின் போது என்ன நிகழும் என்பதைப் பற்றியும் நான் பேசியிருக்கிறேன் மற்றும் ஒப்புக்கொள்கிறேன். சிகிச்சை செயல்படாமலிருப்பதற்கான வாய்ப்புகளைப் பற்றியும், சிகிச்சையால் ஏற்படக்கூடிய மருத்துவப் பிரச்சனைகளைப் பற்றியும் அவர் விளக்கியிருக்கிறார். மருத்துவர் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வல்லுநர் இந்தச் சிகிச்சையை அளித்துக்கொண்டிருக்கும்போது தேவைப்படக்கூடிய இதர சிகிச்சைகளையும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன். எனது மருத்துவர் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வல்லுநர் இந்தச் சிகிச்சை முழுவதையும் அல்லது இதன் ஒரு பகுதியை மேற்கொள்ளுமாறு மற்ற மருத்துவர்களிடம், நிலையாகத் தங்கியிருப்பவர்களிடம், சக ஊழியர்களிடம் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வல்லுநர்களிடம் கேட்கலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். இந்தப் படிவத்தில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ள தகவல்களை நான் புரிந்துகொள்கிறேன் மற்றும் சிகிச்சை பற்றி மருத்துவரிடம் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வழங்குநரிடம் கேள்விகள் கேட்பதற்கான வாய்ப்பையும் நான் பெற்றிருந்தேன்.

வாடிக்கையாளரின் அல்லது பதிலி முடிவெடுப்பவரின் கையொப்பம்

தேதி மற்றும்

நேரம் பதிலி முடிவெடுப்பவரின் பெயர் (மேலே கையொப்பமிட்டிருந்தால்)

வாடிக்கையாளருடன் உறவுமுறை

மருத்துவரின் அல்லது உடல்நல வல்லுநரின் அறிக்கை

சிகிச்சை எடுத்துக்கொள்ளாததனால் ஏற்படும் சாத்தியமுள்ள விளைவுகள் உட்பட, இந்தச் சிகிச்சையின் தன்மையையும், அதன் தொடர்புடைய இடர்பாடுகள் மற்றும் பலன்களையும், சாத்தியமுள்ள மாற்றுச் சிகிச்சைகளையும் வாடிக்கையாளருக்கு அல்லது பதிலி முடிவெடுப்பவருக்கு, அல்லது இருவருக்கும் விளக்கிக் கூறியிருக்கிறேன் என நான் சான்றளிக்கிறேன்.

மருத்துவர் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வழங்குநரின் கையொப்பம்

தேதி மற்றும்

நேரம் மருத்துவர் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வழங்குநரின் பெயர் (தயவுசெய்து அச்சிடவும்)

சாட்சியின் கையொப்பம்

தொலைபேசி ஒப்புதல்

சிகிச்சைகளைப் பற்றியும் தொடர்புடைய பலன்கள் மற்றும் இடர்பாடுகள் பற்றியும் நான் தொலைபேசி வாயிலாக

(ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்)

வாடிக்கையாளர்

பதிலி முடிவெடுப்பவர்

சிகிச்சைக்காக வாய்மொழி அங்கீகாரம் கொடுத்திருப்பவர்

மருத்துவர் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வழங்குநரின் கையொப்பம்

தேதி மற்றும் நேரம்

மருத்துவர் அல்லது உடல்நலப் பராமரிப்பு வழங்குநரின் பெயர்

உரையாடலை நேரில் பார்த்த நபரின் கையொப்பம்

தேதி மற்றும் நேரம்

CON=TREATMENT

பக்கம் 1 / 1 14546 (07/10)