**গোপনীয়তা থেকে রিলিজ বা মুক্তি সম্পর্কে এলভিআর–ক্লিনিকের রোগীদের অনুমোদনপত্র**

আমি এতদ্বারা সম্মতি জানাচ্ছি, (নাম এবং পদবি) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

নিম্নলিখিত এলভিআর ক্লিনিকের গোপনীয়তা রক্ষার দায়িত্বে থাকা কর্মীদের ফৌজদারি কোড ২০৩ (ফৌজদারি আইন) অনুসারে

* চিকিৎসারত চিকিৎসকদের\*
* চিকিৎসারত থেরাপি চিকিৎসা সহযোগীদের
* চিকিৎসারত নার্সিং সেবাকর্মী্দের
* সমাজসেবী কর্মচারীবৃন্দদের

নিম্নলিখিত ব্যক্তি/সংস্থা কে আমার উপর তথ্যের গোপনীয়তার দায়িত্ব থেকে মুক্ত করিতেছিঃ

1. ১। উল্লেখ করা চিকিৎসকদের\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ২। পরবর্তী চিকিৎসার চিকিৎসকদের\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ৩। পরবর্তী থেরাপি চিকিৎসার চিকিৎসকদের\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ৪। সামাজিক মনোরোগ চিকিৎসা পরিষেবাকে \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. ৫। অন্যান্য ব্যক্তিকে/ প্রতিষ্ঠানগুলিকে \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

আমি একমত যে, যদি প্রয়োজন হয়,

* আমার বর্তমান চিকিৎসার জন্য
* আমার সামাজিক অধিকারগুলি ক্লিয়ার করার বা তুলে ধরার জন্য
* বিশেষজ্ঞের প্রশ্নের কারণে
* আমার ফলোআপ চিকিৎসাকে নিশ্চিত করতে
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

আমার সম্পর্কে চিকিৎসার নথি এবং অনুসন্ধানগুলি প্রকাশ করা যেতে পারে।

গোপনীয়তার এই ঘোষণাটি যে কোনও সময় আংশিক বা সম্পূর্ন ভাবে বাতিল করা যেতে পারে।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

স্থান, তারিখ এবং রোগীর/রোগিণীর স্বাক্ষর

রোগীর/রোগিণীর সম্মতির অভাবের ক্ষেত্রে:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

স্থান, তারিখ ও প্রতিনিধির স্বাক্ষর