뉴욕주
알코올 중독 및 약물 남용 서비스 사무국
(OFFICE OF ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE SERVICES)

문서 요청 거절에 대한 검토 요청

환자의 성 ,	이름	중간이름 이니셜
케이스 번호		
시설	부서	

안내 사항: **양식 사본을 환자에게 제공하십시오!** 환자의 케이스 기록 사본을 1 부 준비하십시오.

검토 요청서

최초 요청 유형

☐ 기록 수정 요청

☐ 기록 검사/복사 요청

☐ 비공개 정보 이용의 제한에 대한 요청:

거절 검토 사유

서명자인 본인은 본인의 요청에 대한 거절 사항(위에 설명)을 검토할 것을 요청합니다. 본인은 시설이 본인의 요청을 거절할 수 있음을 이해합니다.

_____ (환자 서명)

_____ (필요한 경우, 부모/보호자의 서명)

_____ (환자 성명을 인쇄체로 기입)

_____ (부모/보호자 이름을 인쇄체로 기입)

_____ (날짜)

_____ (날짜)

시설 조치:

___요청 승인.

___요청 거절. 거절 이유

___ 수정되어야 할 정보는 이 프로그램에서 작성하지 않았습니다.

___ 이 자료는 정신 치료 노트이거나 민사, 형사 또는 행정 소송 절차에 사용하거나 대비하여 수집한 정보입니다.

___프로그램은 이 기록이 정확하고 완전함을 확인했습니다.

___기타 사유. 설명 _____

_____
책임자/부책임자 날짜