



በእውቅና የተሰጠ ፈቃድ

እኔ ፣ ለአራሴ ወይም ከእዚህ በታች ስሙ በተጠቀሰው ሰው ፣ ከኮሚቴ አፍ ሆፕ የጤና እንክብካቤ ለማግኘት ፍቃድ ሰጥቼአለሁ። ይህ የጤና እንክብካቤ የአእምሮ ጤና አገልግሎቶች፣ የጥርስ ሕክምና ወይም የጤንነት ሕክምና፣ የተለየ ሙከራዎች፣ ግምገማ ወይም በእኔ የጤና እንክብካቤ ሰጪ የተከናወኑ ፣ የተጠየቁ ወይም የተመሩ ቅደም ተከተሎችን እንደሚያካትት ተረድቼአለሁኝ።

የኮሚቴ አፍ ሆፕ አገልግሎቶች ተፈጥሮ እና ዓላማ፣ ሊሆን የሚችል አማራጭ የሕክምና ዘዴዎች እና ሊፈጠር የሚችል አደጋን ያካትታል።

ለማንኛውም ምርመራ ወይም ሕክምና ውጤት ምንም ዋስትና ለእኔ እንዳልተሰጠኝ አረጋግጣለሁ።

ያንን የእኔን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ ለማንሳት/ለመሻር እችላለሁ።

እኔ ደርሶኛል፣ አንብቤአለሁ (ወይም ሰው ለኔ አንብቦልኛል)፤ እናም በዚህ ሰነድ ውስጥ ያለውን መረጃ ተረድቼአለሁ። የእኔ ሁሉም ጥያቄዎች ሙሉ በሙሉ ተመልሰውልኛል።

የታማሚው ስም (የተፃፈ)፤

_____ ቀን፤ _____

የታማሚው ፊርማ፤

የታማሚው ተወካይ ስም (የተፃፈ)፤

_____ ቀን፤ _____

ለታማሚው ያለው ዝምድና ፤ _____

የታማሚው ተወካይ ፊርማ ፤ _____