

د ایل ایف ایس ماموریت: د لوتران کورنۍ خدمتونه د کیفیت لرونکي بشري پاملرنې خدماتو چمتو کولو سره د ټولو خلکو لپاره د خدای مینه څرگندوي چې د انفرادي، کورنۍ او ټولني ژوند رامینځته او پیاوړي کوي.

د درملني / خدمت لپاره د پیرودونکي رضایت

(Client Consent for Treatment/Service – Pashto)

د پیرودونکي شمیره/ ای ایچ آر د زیرون نیته ابتکارونه د پیرودونکي نوم

د درملني واک: زه په دې توگه د لوتران کورنۍ خدماتو (ایل ایف ایس) ته اجازه ورکوم چې پاملرنه، ملاتړ او/یا د چلند روغتیايي خدمتونه او/یا درملنه لکه څنګه چې زما، یا د هغه شخص په درملنه کې اړینه یا مشوره ورکول کيږي چې د دې رضایت، نښې نښانې، تشخیص، د رواني روغتیا اندیښنې او/یا ملاتړي اړتیاوې زه یې په قانوني توګه د چمتو کولو اجازه لرم. زه خبر یم چې دلته لاندې اختیار شوي عملونه دقیق ساینس ندي او زه دا منم چې د خدماتو یا درملني پورې اړوند ما ته د کومې ځانګړې پایلې یا تضمین نه دی شوی چې زه یې ایل ایف ایس ته اجازه ورکوم چې چمتو کړم. زه دا هم پوهیږم چې ایل ایف ایس کیدای شي ما ته د اضافي خدماتو لپاره راجع کولو سره چمتو کړي.

د ایل ایف ایس پیرودونکو د حقونو او مسؤلیتونو اعتراف: زه دا منم چې ما د ایل ایف ایس پیرودونکو حقونه او مسؤلیتونه ترلاسه کړي او لوستلي دي. زما حقونه او مسؤلیتونه ما ته په کافي اندازه تشریح شوي دي او زما رضایت چې دلته ورکړل شوی د دې حقونو او مسؤلیتونو د مینځپانګې په اړه بشپړ پوهه لري.

د ایل ایف ایس د محرمیت طرزالعملونو اعتراف: ما ته فرصت راکړل شو چې د ایل ایف ایس د محرمیت طرزالعملونو خبرتیا ولولم او په هره برخه کې چې زه نه پوهیږم د وضاحت غوښتنه وکړم. ماته د دوی د محرمیت طرزالعملونو یوه کاپي وړاندیز شوې ده.

د اضطراري طبي درملنه: زه پوهیږم چې د ایل ایف ایس کارمندان به زما لپاره ۹۱۱ یا د فرد درملنه د څرګند طبي اضطراري حالت په صورت کې د دې رضایت سره سم، که فزیکي یا احساساتي وي، پداسې حال کې چې د ایل ایف ایس دفتر کې یا د مخامخ خدماتو سره مخ کیدو په جریان کې چې ما ته چمتو شوي یا فرد د ایل ایف ایس دفتر څخه بهر د دې رضایت سره سم چلند کوي.

د ترانسپورت اجازه: زه په دې توګه ایل ایف ایس ته اجازه ورکوم چې ما او د کورنۍ غړو ته چې د دې رضایت په فورمه کې لیست شوي دي ترانسپورت چمتو کړي که چیرې ترانسپورت د برنامه او/یا خدمت لخوا وړاندیز شوی وي چې زه پکې برخه اخلم. (کارمند: که د تطبیق وړ نه وي، نو NA او په کرښه کې یې په لیکه کې)

مهرباني وکړئ د کورنۍ غړي او د دوی د زیرون نیته لیست کړئ څوک چې لیردول کیدی شي:

نوم: _____ د زیرون نیته: _____

نوم: _____ د زیرون نیته: _____

نوم: _____ د زیرون نیته: _____

نوم: _____ د زیرون نیته: _____

نوم: _____ د زیرون نیته: _____



د ایل ایف ایس ماموریت: د لوثران کورنۍ خدمتونه د کیفیت لرونکي بشري پاملرنې خدماتو چمتو کولو سره د ټولو خلکو لپاره د خدای مینه څرگندوي چې د انفرادي، کورنۍ او ټولني ژوند رامینځته او پیاوړي کوي.

نوم: _____ د زیږون نیټه: _____

نوم: _____ د زیږون نیټه: _____

نوم: _____ د زیږون نیټه: _____

نوم: _____ د زیږون نیټه: _____

نوم: _____ د زیږون نیټه: _____

نوم: _____ د زیږون نیټه: _____

نوم: _____ د زیږون نیټه: _____

_____ مجاز استازی: زه په دې توګه ایل ایف ایس، د دې خدماتو چمتو کونکو او استازو ته اجازه ورکوم چې زما په استازیتوب د ګټې د ادعاوو د بیرته ترلاسه کولو لپاره عمل وکړي، د منفي ګټو پریکړه غوښتنه وکړي، او د ایل ایف ایس لخوا چمتو شوي خدماتو لپاره د پیسو د ترلاسه کولو لپاره اړین ګام پورته کړي. زه پوهیږم چې زه د ټولو شریک تادیاتو، شریک بیمې او د مجرايي وړ مقدارونو لپاره مسؤل یم چې زما د بیمې چمتو کونکي لخوا د خدماتو په وخت کې ټاکل کيږي پرته لدې چې د تادې نور ترتیبات شتون ولري.

_____ د تماس د معلوماتو اعتراف: زه دلته موافق یم چې زما د اړیکو معلوماتو کې د هر ډول بدلون ایل ایف ایس ته خبر ورکړم.

زه په دې توګه دا منم چې، کله چې مناسب وي، د ایل ایف ایس کارمندان کولی شي زما د قضیې په اړه د راجع کولو، درملنې او/یا پاملرنې همغږۍ لپاره همکاري وکړي.

لاندي لاسلیک شوی تصدیق کوي چې هغه یا هغې پورته ذکر شوي لوستل لوستلي او پوهیږي او د پیروونکي، د پیروونکي سرپرست، د څارنوالۍ واک، والدین، یا د پیروونکي لخوا یا د هغه په استازیتوب د پورتنیو شرایطو د پلي کولو او د هغې د منلو وړ واک لري.

_____	_____	_____
د پیروونکي یا سرپرست لاسلیک	د پیروونکي سره اړیکه	نیټه
_____	_____	_____
د ایل ایف ایس کارمندانو لاسلیک	عنوان	نیټه
_____	_____	_____
د ترجمان لاسلیک	عنوان	نیټه

