

د پرنس ویلیم کاؤنٹی عامه بنوونځي  
د طبی معلوماتو د تبادلې او شریکولو لپاره اجازه او رضایت

د زده کوونکي نوم	د زده کوونکي آی ډی نمبر	د زیریدنی نیټه
د والدینو/سرپرست نوم	د تلیفون شمیره	بنوونځی

د انفرادی زده کوونکو په اړه معلومات د محرم معلوماتو په توګه طبقه بندی کیري. د شخصی معلوماتو په اړه د بنوونځی ډیویژن څخه بهر د هیچ چا سره خبری اتری نه تر سره کیري او نه ورسره شریک کیري پرته له دې چې د والدینو / سرپرست لخوا یی اجازه ورکړل شوي وي.

لاندي ځای کی زما لاسلیک په دی ډول: د ډاکتر/روغتیا مرکز نوم \_\_\_\_\_  
پته \_\_\_\_\_ د تلیفون شمیره \_\_\_\_\_ فکس شمیره \_\_\_\_\_  
ته اجازه ورکوي چی  
د بنوونځی نرس: د بنوونځی نوم \_\_\_\_\_ پته \_\_\_\_\_  
تلیفون شمیره \_\_\_\_\_ فکس شمیره \_\_\_\_\_ سره د هغه/هغی د روغتیا ریکارډ شریک کړي.

د لاندي ذکر شویو معلوماتو غوښتنه کیري:

\_\_\_\_\_ د روغتیا تاریخچه  
\_\_\_\_\_ د فزیکي معایناتو راپور  
\_\_\_\_\_ د واکسینونو ریکارډ  
\_\_\_\_\_ بل څه (مشخص کړئ)

ستاسو د ماشوم په اړه تر لاسه شوی معلومات به د لاندي ذکر شویو څخه د یو یا ډیرو لپاره کارول کیري:

1. ترڅو ستاسو د ماشوم د انفرادی زده کړې پروګرام لپاره په ارزونه کی اسانتیا رامنځ ته کړی.

2. ترڅو ستاسو د ماشوم روغتیا یی اړتیاوې معلومی کړی کوم چې ممکن د بنوونځی په بهیر کی ځانګړی خدماتو برابرولو ته اړتیا په ډاګه کړي.

3. ترڅو د روغتیا په برخه کی د سلا مشورو یا د بنوونځی په روغتیا یی خدمتونو کی اسانتیا رامینځته کړي چې تاسو یی ممکن د خپل ماشوم لپاره غواړئ.

4. ترڅو د بنوونځی ډیویژن کارکوونکو ته ستاسو د ماشوم د روغتیا یی اړتیاو په اړه ښه پوهاوي ور کړئ.

هر وخت چی و غواړئ دا اجازه ستاسو لخوا په لیکلی ډول بیرته لغوه کیدی شی او د جون په 30 د بنوونځی مالی کال په پای کی په اوتومات ډول پای ته رسیږي.

نیټه \_\_\_\_\_ د والدینو/سرپرست لاسلیک \_\_\_\_\_ ماشوم سره اړیکه \_\_\_\_\_

د دی معلوماتو تر لاسه کولو لپاره بنوونځي اجازه نه لری او نه ورته د پسی ورکولو لپاره بودیجه ورکولو کیري.