

**የኮሎምቢያ ዲስትሪክት መስተዳድር (GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA)
የስነ-ባህሪ ጤና አገልግሎት ክፍል (Department of Behavioral Health)**



**የአእምሮ ሕክምና መድሐኒት በማያዝ የአእምሮ ሐኪም ለመታከም የስምምነት መግለጫ
(አስራ ስምንት (18) አመት በታች ለሆናቸው ህፃናትና ታዳጊዎች)**

የታካሚው/ደንበኛ ስም: _____ የትውልድ ቀን: _____

የምርመራ ውጤት:

ICD-10-CM: _____

እኔ _____ (የወላጅ ወይም ሕጋዊ አሳዳጊ ስም)
_____ (የታካሚው/ደንበኛ ስም) ያለበት የስነ-ባህሪ ጤና እክል ወይም ምልክት እንዲቀረፍ በአእምሮ ሐኪም እንዲታከም መስማማቴን አገልግለሁ፤ እንዲሁም

የስነ-ባህሪ ጤና አገልግሎት ሰጪው የሚከተሉትን ጉዳዮች አስመልክቶ አወያይቶኛል:

- ምርመራና ታሳቢ የተደረጉት ምልክቶች፤
- የሕክምናው ጥቅሞችና የታሰበው ውጤት፤
- ሊገጥሙ የሚችሉ ስጋቶችና የጎንዮሽ ጉዳዮች፤
- ሊሰጥ የታሰበው ሕክምን አማራጮች፤
- ሕክምናውን ባለመቀበል ሊከተል የሚችል ውጤት፤ እና
- ሊሰጥ ስለታሰበው ሕክምና ጥያቄ የመጠየቅ መብቴ፡፡

በአእምሮ ሐኪም የሚሰጥ ወይም ሐሳብ የተሰጠበት የስነ-ባህሪ ጤና ድጋፍ፣ አገልግሎት ወይም ሕክምና የመቀበል፣ ያለመቀበል ወይም የማቋረጥ መብት እንዳለኝ እረዳለሁ፡፡

ከታች ያሰፈርኩት ፊርማ የስነ-ባህሪ ጤና እክል ወይም ምልክቶችን አስመልክቶ መረጃ እንደተሰጠኝ የሚያረጋግጥ እና ለዚህ ህፃን ወይም ታዳጊ በሚከተለው አገልግሎት ሰጪ _____ (የዋና አገልግሎት ሰጪ ኤጀንሲ (CSA) ስም) የአእምሮ ሐኪም በሆነ ባለሞያ ሕክምና እንዲሰጠው መስማማቴን የሚገልፅ መሆኑን እረዳለሁ፡፡

ወይም

_____ የፍርድ ቤት ማዘዣ ቀርቧል (ቅጂ ተያይዟል)
ቅጂ መያያዙን የሚያረጋግጥ የሕክምና ሰጪው ፊርማ

_____	_____	_____
የታካሚ/ደንበኛ ስም	የታካሚ/ደንበኛ ፊርማ	ቀን
_____	_____	_____
የወላጅ ወይም ጠበቃ ስም (የሚመለከት ከሆነ)	የወላጅ ወይም ጠበቃ ፊርማ	ቀን
_____	_____	_____
የሐኪም ስምና ማእረግ	የሐኪም ፊርማ	ቀን