

WNIOSEK O UZYSKANIE LUB UJAWNIECIE INFORMACJI ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko pacjenta: _____
 Nazwisko panieńskie/inne: _____ Data urodzenia: ____/____/____
 Adres: _____ Miejscowość _____ stan _____ kod pocztowy _____
 Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Niniejszym zwracam się do Hospital for Special Care o:

- Udostępnianie** informacji z mojej dokumentacji medycznej podmiotowi wymienionemu poniżej (zaparafuj każdy dodatkowy dokument)
- Chciał(a)bym otrzymać kopię informacji dotyczących mojej dokumentacji medycznej**
- Uzyskać** informacji z mojej dokumentacji medycznej od poniżej podanego podmiotu

Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC [PROSZĘ WPISAĆ WYRAŹNIE DUŻYMI LITERAMI]

Imię i nazwisko/osoba do kontaktu: _____ Dział (jeśli ma to zastosowanie): _____
 Adres: _____ Miejscowość _____ stan _____
 kod pocztowy _____
 Nr telefonu: _____ NR FAKSU: _____
 E-mail: _____ Związek z pacjentem: _____

Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:

- Papierowa FAKS Odbiór na miejscu (nie możemy udostępnić płyt CD lub pendrive'ów, ani ich odbierać)
- Bezpieczny e-mail* Proszę zaznaczyć, czy woli Pan(i) otrzymywać dokumenty wysyłane na Pana(i) prywatną pocztę elektroniczną bez szyfrowania i czy rozumie Pan(i) ryzyko związane z bezpieczeństwem.

Dokumentacja zostanie wysłana w formie wydruku, chyba że zostanie złożony inny wniosek.

Powód udostępniania informacji: Kwestie związane z ubezpieczeniem kwestie natury prawnej kwestie medyczne/związane z zapewnieniem ciągłości opieki kwestie związane z urazem w pracy

Świadczenia SSA/inwalidzkie świadczenia dla weteranów osobiste/inne

Data(-y) usługi lub zakres dat, których dotyczy niniejszy wniosek: _____

Rodzaj informacji, które mają zostać udostępnione:

- Streszczenie dokumentacji medycznej (historia i badanie fizykalne, podsumowanie wypisu, raporty z konsultacji, raporty z zabiegów, wyniki badań laboratoryjnych, raporty radiologiczne i patologiczne) Streszczenie będzie zawierać zapisy z ostatnich 6 miesięcy, chyba że podano inaczej.
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Karta leczenia szpitalnego | <input type="checkbox"/> Podsumowanie/notatki z wizyt ambulatoryjnych/klinicznych |
| <input type="checkbox"/> Wywiad chorobowy i badanie (badania) lekarskie | <input type="checkbox"/> Uwagi z terapii mowy/terapii fizycznej/terapii zajęciowej |
| <input type="checkbox"/> Procedury/raport (raporty) z zabiegów | <input type="checkbox"/> Wyniki badań - należy podać testy czynnościowe płuc, testy serca/testy wysiłkowe, echokardiogram/EKG itp. |
| <input type="checkbox"/> Raport (raporty) z konsultacji | <input type="checkbox"/> Dokumentacja dotycząca szczepień |
| <input type="checkbox"/> Lista leków | <input type="checkbox"/> Uwagi dot. zdrowia psychicznego/behawioralnego |
| <input type="checkbox"/> Sprawozdanie histopatologiczne | <input type="checkbox"/> Wyniki ambulatoryjnych testów neuropsychologicznych |
| <input type="checkbox"/> Diapozytywy patologiczne (przetwarzane poza HFSC) | <input type="checkbox"/> Klisze radiologiczne (przetwarzane poza HFSC) |
| <input type="checkbox"/> Wyniki badań laboratoryjnych | <input type="checkbox"/> Inne: _____ |
| <input type="checkbox"/> Wyniki badań radiologicznych | |
| <input type="checkbox"/> Szczegółowy rachunek | |
- Pełna dokumentacja medyczna (Obejmuje wszystkie powyższe, plus notatki pielęgniarskie, notatki pomocnicze, wszystkie badania i zgody - nie obejmuje notatek pielęgniarskich, chyba że zostało to uwzględnione we wniosku.)

NIE ZEZWALAM NA UJAWNIE NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW:

- Dotyczących nadużywanie alkoholu, narkotyków lub substancji dotyczących zdrowia behawioralnego dotyczących testów genetycznych dotyczących chorób przenoszonych drogą płciową dotyczących HIV innych _____

Osoby niepełnoletnie: Rodzic lub opiekun prawny pacjenta musi podpisać niniejsze Upoważnienie, jeśli pacjent jest niepełnoletni (nie ma ukończonych 18 lat) lub ma opiekuna prawnego. Formularz ten musi zostać podpisany przez osobę niepełnoletnią (w wieku 13 lat lub starszą) leczoną z powodu HIV, nadużywania substancji, ciąży/kontroli urodzeń lub chorób przenoszonych drogą płciową bez zgody rodziców. Jeśli pacjent jest osobą niepełnoletnią (w wieku 16 lat lub starszą) i otrzymał leczenie behawioralne bez zgody rodziców, w celu uzyskania tego rodzaju dokumentacji musi podpisać niniejszy formularz. Osoby niepełnoletnie (16 lat i nakaz sądowy) mogą podpisać ten formularz w celu udostępnienia wszystkich rodzajów dokumentacji medycznej.

** HFSC odradza przesyłanie informacji drogą elektroniczną przy użyciu metod, które nie mogą być zabezpieczone przez szyfrowanie (np. osobisty adres e-mail, niezasyfrowany dysk USB, itp.)*

Podpis pacjenta (lub upoważnionego przedstawiciela) Imię i nazwisko drukowanymi literami

Data

- Zaznaczyć, jeśli pacjent nie jest w stanie złożyć podpisu z powodu ograniczeń fizycznych

[Formularz ma moc

wiązącą przez rok od daty podpisania.]

Związek z pacjentem: osobiście rodzic opiekun prawny konserwator przedstawiciel służby zdrowia wykonawca/ zarządca nieruchomości inna osoba (należy przedłożyć dokumentację)

- Na życzenie otrzymam kopię niniejszego formularza.
- Może istnieć uzasadniona, oparta na kosztach opłata za wykonanie kopii mojej dokumentacji medycznej/rozliczeniowej, zgodnie z przepisami prawa.
- Rozumiem, że mogę odwołać niniejsze upoważnienie w dowolnym czasie poprzez pisemne powiadomienie działu Health Information Management (działu Zarządzania Dokumentacją Medyczną) i będzie ono skuteczne w dniu, w którym HFSC zostanie powiadomione, z wyjątkiem zakresu działań, które zostały już podjęte na jego podstawie.
- Rozumiem, że dane wykorzystywane lub ujawnione przez HFSC na mocy niniejszego Upoważnienia mogą podlegać ponownemu ujawnieniu przez odbiorcę oraz mogą nie podlegać dalszej ochronie przez federalne przepisy o ochronie danych. Jednakże inne prawa mogą zabraniać odbiorcy dalszego ujawniania niektórych dokumentów, takich jak dokumentacja leczenia HIV/AIDS, nadużywania substancji lub zdrowia psychicznego.
- Rozumiem, że nie ma obowiązku podpisywania tego formularza w celu otrzymania lub kontynuowania leczenia w HFSC, chyba że HFSC zostało poproszone przez stronę trzecią o utworzenie informacji zdrowotnych wyłącznie w celu przekazania ich stronie trzeciej (np. ocena inwalidztwa będącego wynikiem wypadku przy pracy).

Zawiadomienie dla odbiorcy dokumentacji –

Jeżeli ujawnienie zawiera informacje dotyczące HIV, zdrowia behawioralnego, leczenia uzależnienia od alkoholu, narkotyków i/lub substancji psychoaktywnych, zastosowanie mają następujące postanowienia:

Takie dane zostały ujawnione odbiorcy na podstawie dokumentacji, której poufność chroniona jest przez prawo. Przepisy federalne (Title 42 CFR Part 2) i Statuty ogólne stanu Connecticut (Ch. 368x) zakazują dalszego ujawniania takich informacji, chyba że takie dalsze ujawnienie jest wyraźnie dopuszczone na mocy pisemnej zgody od osoby, do której informacje należą, lub dopuszczone na mocy tego rodzaju przepisów. Ogólne upoważnienie do ujawnienia psychiatrycznych lub dotyczących nadużywania substancji NIE jest wystarczające dla tych celów.

Wypełniony formularz należy przekazać do:

Udostępnianie informacji - Dział HIM
Hospital for Special Care
2150 Corbin Avenue
New Britain, CT 06053

Nr faksu: 860-827-4837

E-mail: ROI@hfsc.org

Dodatkowi odbiorcy (inicjał pt lub upoważnionego wnioskodawcy):

Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC [PROSZĘ WPISAĆ WYRAŹNIE DUŻYMI LITERAMI]

Imię i nazwisko/osoba do kontaktu: _____ Dział (jeśli ma to zastosowanie): _____
Adres: _____ Miejscowość _____ stan _____ kod pocztowy _____
Nr telefonu: _____ NR FAKSU: _____
E-mail: _____ Związek z pacjentem: _____

Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:

- Papierowa FAKS Odbiór na miejscu **(nie możemy udostępnić płyt CD lub pendrive'ów, ani ich odbierać)**
 Bezpieczny e-mail* Proszę zaznaczyć, czy woli Pan(i) otrzymywać dokumenty wysyłane na Pana(i) prywatną pocztę elektroniczną bez szyfrowania i czy rozumie Pan(i) ryzyko związane z bezpieczeństwem.

Dokumentacja zostanie wysłana w formie wydruku, chyba że zostanie złożony inny wniosek.

Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC [PROSZĘ WPISAĆ WYRAŹNIE DUŻYMI LITERAMI]

Imię i nazwisko/osoba do kontaktu: _____ Dział (jeśli ma to zastosowanie): _____
Adres: _____ Miejscowość _____ stan _____ kod pocztowy _____
Nr telefonu: _____ NR FAKSU: _____
E-mail: _____ Związek z pacjentem: _____

Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:

- Papierowa FAKS Odbiór na miejscu **(nie możemy udostępnić płyt CD lub pendrive'ów, ani ich odbierać)**
 Bezpieczny e-mail* Proszę zaznaczyć, czy woli Pan(i) otrzymywać dokumenty wysyłane na Pana(i) prywatną pocztę elektroniczną bez szyfrowania i czy rozumie Pan(i) ryzyko związane z bezpieczeństwem.

Dokumentacja zostanie wysłana w formie wydruku, chyba że zostanie złożony inny wniosek.

Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC [PROSZĘ WPISAĆ WYRAŹNIE DUŻYMI LITERAMI]

Imię i nazwisko/osoba do kontaktu: _____ Dział (jeśli ma to zastosowanie): _____
Adres: _____ Miejscowość _____ stan _____ kod pocztowy _____
Nr telefonu: _____ NR FAKSU: _____
E-mail: _____ Związek z pacjentem: _____

Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:

- Papierowa FAKS Odbiór na miejscu **(nie możemy udostępnić płyt CD lub pendrive'ów, ani ich odbierać)**
 Bezpieczny e-mail* Proszę zaznaczyć, czy woli Pan(i) otrzymywać dokumenty wysyłane na Pana(i) prywatną pocztę elektroniczną bez szyfrowania i czy rozumie Pan(i) ryzyko związane z bezpieczeństwem.

Dokumentacja zostanie wysłana w formie wydruku, chyba że zostanie złożony inny wniosek.

Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC [PROSZĘ WPISAĆ WYRAŹNIE DUŻYMI LITERAMI]

Imię i nazwisko/osoba do kontaktu: _____ Dział (jeśli ma to zastosowanie): _____
Adres: _____ Miejscowość _____ stan _____ kod pocztowy _____
Nr telefonu: _____ NR FAKSU: _____
E-mail: _____ Związek z pacjentem: _____

Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:

- Papierowa FAKS Odbiór na miejscu **(nie możemy udostępnić płyt CD lub pendrive'ów, ani ich odbierać)**
 Bezpieczny e-mail* Proszę zaznaczyć, czy woli Pan(i) otrzymywać dokumenty wysyłane na Pana(i) prywatną pocztę elektroniczną bez szyfrowania i czy rozumie Pan(i) ryzyko związane z bezpieczeństwem. *Dokumentacja zostanie wysłana w formie wydruku, chyba że zostanie złożony inny wniosek.*