



UPOWAŻNIENIE UZYSKANIA DOSTĘPU/WYDANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Etap 1.

Imię i nazwisko pacjenta: _____
(Nazwisko) (Imię) Inicjał drugiego imienia Preferowane nazwisko
Nazwisko rodowe/inne nazwiska: _____ Data urodzenia: ____/____/____
Adres: _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____
Nr telefonu: _____ Adres e-mail: _____

Etap 2.

Niniejszym zwracam się do Hospital for Special Care o:

Udostępnienie mojej dokumentacji medycznej **PODMIOTOWI/OSOBIE:** Uzyskanie informacji **OD:**

Nazwa/osoba do kontaktu: _____ Oddział (w stosownych przypadkach): _____

Adres: _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Nr telefonu: _____ Nr faksu: _____

Adres e-mail: _____ Stosunek prawny wobec pacjenta: _____

Etap 3.

Przyczyna udostępnienia informacji:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chciał(a)bym otrzymać kopię mojej dokumentacji medycznej | <input type="checkbox"/> Medyczna/Ciągłość opieki |
| <input type="checkbox"/> Prawna | <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność |
| <input type="checkbox"/> Odszkodowanie pracownicze | <input type="checkbox"/> Świadczenia ubezpieczenia społecznego/rentowe |
| <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie | <input type="checkbox"/> Świadczenia dla weteranów |
| <input type="checkbox"/> Osobista/Inna _____ | |

Etap 4.

Metoda udostępnienia informacji/format:

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Portal dla pacjentów „Follow My Health” | <input type="checkbox"/> Poczta |
| <input type="checkbox"/> Wydruk | <input type="checkbox"/> Faksem |
- Odbiór w placówce - proszę zaznaczyć preferowaną metodę kontaktu, gdy materiały są gotowe do odbioru: _____
- Bezpieczna poczta elektroniczna* * HFSC odradza przesyłanie informacji drogą elektroniczną przy użyciu metod, które nie mogą być zabezpieczone przez szyfrowanie (np. osobisty adres e-mail itp.)

Etap 5.

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

Cały okres przyjęcia lub ____/____/____ do ____/____/____

[Formularz ma moc wiążącą przez rok od daty podpisania, chyba że zostanie określona data wygaśnięcia: _____]
Data wygaśnięcia



Etap 6.

Rodzaj informacji, które mają zostać udostępnione:

- Wyciąg z dokumentacji medycznej** (wywiad i badanie fizykalne, karta informacyjna leczenia szpitalnego, opisy konsultacji, opisy zabiegów, wyniki badań laboratoryjnych, opisy radiologiczne i histopatologiczne) Wyciąg będzie zawierać dokumentację z ostatnich 6 miesięcy, chyba że podano inaczej.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Karta informacyjna leczenia szpitalnego | <input type="checkbox"/> Epikryza/notatki z wizyt ambulatoryjnych/przychodni |
| <input type="checkbox"/> Wywiad i badanie(-e) fizykalne | <input type="checkbox"/> Notatki z terapii logopedycznej/fizykoterapii/terapii zajęciowej |
| <input type="checkbox"/> Opisy zabiegów/operacji | <input type="checkbox"/> Wyniki badań – sprecyzować badanie czynnościowe układu oddechowego, krążenia/wysiłkowe Badanie, echokardiogram/EKG itp. _____ |
| <input type="checkbox"/> Opis(y) konsultacji | <input type="checkbox"/> Historia szczepień |
| <input type="checkbox"/> Wykaz przyjmowanych leków | <input type="checkbox"/> Notatki dot. zdrowia psychicznego/behawioralnego |
| <input type="checkbox"/> Opis histopatologiczny | <input type="checkbox"/> Wyniki ambulatoryjnych badań neuropsychologicznych |
| <input type="checkbox"/> Preparaty histopatologiczne (opracowywane poza HFSC) | <input type="checkbox"/> Klisze radiologiczne (opracowywane poza HFSC) |
| <input type="checkbox"/> Wyniki badań laboratoryjnych | <input type="checkbox"/> Faktura z wyszczególnieniem |
| <input type="checkbox"/> Wyniki badań radiologicznych | <input type="checkbox"/> Inne: _____ |

- Kompletna dokumentacja medyczna**

PROSZĘ O WYŁĄCZENIE NASTĘPUJĄCYCH PUNKTÓW Z UJAWNIEŃ INFORMACJI:

- Nadużywanie alkoholu, leków i substancji Zdrowie behawioralne Badania genetyczne Choroby weneryczne
 Zakażenie wirusem HIV Inne _____

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 posiadające zdolność do czynności prawnych (16 lat i z nakazem sądowy) mogą podpisać ten formularz w celu udostępnienia wszystkich rodzajów dokumentacji medycznej.



Hospital for Special Care
2150 Corbin Avenue
New Britain, CT 06053

Nr telefonu: 860-827-4863
Nr faksu: 860-827-4837
www.hfsc.org

- 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 takie odwołanie wejdzie w życie w dniu, w którym otrzymania go przez HFSC, z wyjątkiem zakresu działań, które zostały już podjęte na podstawie tego Upoważnienia.
- 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 zakażenia wirusem 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 informacji psychiatrycznych lub dotyczących nadużywania substancji NIE jest wystarczające dla tych celów.

Wypełniony formularz należy przekazać do:

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

Nr faksu: 860-827-4837
E-mail: ROI@hfsc.org

Imię i nazwisko wielkimi literami: _____ Data: _____

[Wydrukować formularz i podpisać tutaj >](#)

Podpis pacjenta (lub upoważnionego przedstawiciela)

** musi przedstawić dowód upoważnienia (za wyjątkiem rodzica osoby małoletniej)

Proszę zaznaczyć stosunek prawny wobec pacjenta

- Własna osoba Rodzic Opiekun prawny Wykonawca testamentu/Opiekun spadku Przedstawiciel ds. zdrowia
- Konserwator Inny prawnie upoważniony przedstawiciel _____ (musi przedstawić dokumentację)

Imię i nazwisko osoby niepełnoletniej wielkimi literami
(w stosownych przypadkach)

Podpis osoby niepełnoletniej
(w stosownych przypadkach)

Data

- Jeżeli pacjent nie jest w stanie samodzielnie złożyć podpisu ze względu na ograniczenia fizyczne, podać imię i nazwisko oraz tytuł/referencje uwierzytelniające członka personelu uzyskującego to Upoważnienie.



Hospital for Special Care
2150 Corbin Avenue
New Britain, CT 06053

Nr telefonu: 860-827-4863
Nr faksu: 860-827-4837
www.hfsc.org

UPOWAŻNIENIE UZYSKANIA DOSTĘPU/WYDANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA (ciąg dalszy)

Proszę wymienić dodatkowych odbiorców (jeżeli istnieją):

<p>Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC</p> <p>Nazwa/osoba do kontaktu: _____ Oddział (w stosownych przypadkach): _____ Adres: _____ Miejscowość: _____ Stan _____ Kod pocztowy _____ Nr telefonu: _____ Nr faksu: _____ Adres e-mail: _____ Stosunek prawny wobec pacjenta: _____</p> <p>Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:</p> <p><input type="checkbox"/> Wydruk <input type="checkbox"/> Faksem <input type="checkbox"/> Odbiór w placówce</p> <p><input type="checkbox"/> Bezpieczna poczta elektroniczna* * HFSC odradza przesyłanie informacji drogą elektroniczną przy użyciu metod, które nie mogą być zabezpieczone przez szyfrowanie (np. osobisty adres e-mail, niezaszyfrowany dysk USB itp.)</p>
<p>Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC</p> <p>Nazwa/osoba do kontaktu: _____ Oddział (w stosownych przypadkach): _____ Adres: _____ Miejscowość: _____ Stan _____ Kod pocztowy _____ Nr telefonu: _____ Nr faksu: _____ Adres e-mail: _____ Stosunek prawny wobec pacjenta: _____</p> <p>Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:</p> <p><input type="checkbox"/> Wydruk <input type="checkbox"/> Faksem <input type="checkbox"/> Odbiór w placówce</p> <p><input type="checkbox"/> Bezpieczna poczta elektroniczna* * HFSC odradza przesyłanie informacji drogą elektroniczną przy użyciu metod, które nie mogą być zabezpieczone przez szyfrowanie (np. osobisty adres e-mail, niezaszyfrowany dysk USB itp.)</p>
<p>Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC</p> <p>N Nazwa/osoba do kontaktu: _____ Oddział (w stosownych przypadkach): _____ Adres: _____ Miejscowość: _____ Stan _____ Kod pocztowy _____ Nr telefonu: _____ Nr faksu: _____ Adres e-mail: _____ Stosunek prawny wobec pacjenta: _____</p> <p>Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:</p> <p><input type="checkbox"/> Wydruk <input type="checkbox"/> Faksem <input type="checkbox"/> Odbiór w placówce</p> <p><input type="checkbox"/> Bezpieczna poczta elektroniczna* * HFSC odradza przesyłanie informacji drogą elektroniczną przy użyciu metod, które nie mogą być zabezpieczone przez szyfrowanie (np. osobisty adres e-mail, niezaszyfrowany dysk USB itp.)</p>
<p>Strona, która ma otrzymać dokumentację od HFSC lub ujawnić informacje HFSC</p> <p>Nazwa/osoba do kontaktu: _____ Oddział (w stosownych przypadkach): _____ Adres: _____ Miejscowość: _____ Stan _____ Kod pocztowy _____ Nr telefonu: _____ Nr faksu: _____ Adres e-mail: _____ Stosunek prawny wobec pacjenta: _____</p> <p>Wnioskowana metoda ujawniania informacji/format:</p> <p><input type="checkbox"/> Wydruk <input type="checkbox"/> Faksem <input type="checkbox"/> Odbiór w placówce</p> <p><input type="checkbox"/> Bezpieczna poczta elektroniczna* * HFSC odradza przesyłanie informacji drogą elektroniczną przy użyciu metod, które nie mogą być zabezpieczone przez szyfrowanie (np. osobisty adres e-mail, niezaszyfrowany dysk USB itp.)</p>