

Upoważnienie do ujawnienia danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta

INSTRUKCJE: Niniejszym udzielają Państwo upoważnienia do ujawnienia danych dotyczących stanu Państwa zdrowia zgodnie z poniższym. Proszę wypełnić wszystkie części. NIEWYPEŁNIENIE niektórych części może opóźnić przetwarzanie wniosku o ujawnienie informacji.

CZĘŚĆ 1 — Dane pacjenta			
Imię i nazwisko			Data urodzenia
Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy):			
Numery telefonu: Domowy		Komórkowy	Firmowy
			Numer ubezpieczenia społecznego (ost. 4) XXX-XX-____
CZĘŚĆ 2 — Upoważnienie do wnioskowania o użycie lub o ujawnienie (OD)			
Wnioskuję o to, by moje dane medyczne zostały przesłane OD/Z niżej wymienionych osób lub miejsc.			
Organizacja:			
Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy):			
CZĘŚĆ 3 — Upoważnienie odbiorcy do odbioru (DO)			
Wnioskuję o to, by moje dane medyczne zostały przesłane DO niżej wymienionych osób lub miejsc. W przypadku wnioskowania o dostęp do własnych danych medycznych należy podać własne dane osobowe.			
Imię i nazwisko			
Organizacja:			
Adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy):			
Numery telefonu: Domowy		Komórkowy	Firmowy
			Faks
CZĘŚĆ 4 — Cel ujawnienia danych (np. dalsza opieka zdrowotna, roszczenie ubezpieczeniowe, wniosek prawnika, na użytek własny, itp.)			
CZĘŚĆ 5 — Zakres ujawnienia			
Upoważnienie do ujawnienia następujących informacji związanych z następującymi wizytami terapeutycznymi :			
Niniejsze upoważnienie obejmuje ujawnienie danych następującego rodzaju (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):			
<input type="checkbox"/> Wyciąg z dokumentacji (historia choroby i dane z badań lekarskich, izby przyjęć, laboratorium, dane radiologiczne, sprawozdania z zabiegów)			
<input type="checkbox"/> Dane z obrazowania medycznego	<input type="checkbox"/> Sprawozdania z	<input type="checkbox"/> Historia choroby i dane	<input type="checkbox"/> Wyniki badań histopatologicznych
<input type="checkbox"/> Dane z izby przyjęć	<input type="checkbox"/> Sprawozdania z	<input type="checkbox"/> Dane dot. szczepień	<input type="checkbox"/> Rachunek szczegółowy
<input type="checkbox"/> Postępy/uwagi lekarza	<input type="checkbox"/> Wypis ze szpitala	<input type="checkbox"/> Wyniki EKG/EEG/EMG	<input type="checkbox"/> Całość dokumentacji
<input type="checkbox"/> Wyniki badań laboratoryjnych	<input type="checkbox"/> Inne:		
CZĘŚĆ 6 — Dane ściśle poufne przeznaczone do ujawnienia			
W celu wykorzystania lub ujawnienia poniższych ściśle poufnych danych należy oznaczyć je jako informacje zatwierdzone do wykorzystania lub ujawnienia:			
<input type="checkbox"/> Dane i/lub dokumentacja związane ze stanem zdrowia pacjentów z HIV/AIDS (w przypadku pacjentów w wieku od 12 roku życia niezbędne jest upoważnienie od pacjenta)			
<input type="checkbox"/> Dane i/lub dokumentacja dotyczące stanu psychicznego lub zachowań pacjenta (w przypadku pacjentów w wieku od 12 roku życia niezbędne jest upoważnienie od pacjenta)			

Ciąg dalszy na str. 2



190

Upoważnienie do ujawnienia danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta

Ciąg dalszy ze str. 1

<input type="checkbox"/> Dane i/lub dokumentacja związane z chorobami przenoszonymi drogą płciową (w przypadku pacjentów w wieku od 12 roku życia niezbędne jest upoważnienie od pacjenta)
<input type="checkbox"/> Informacje dotyczące ciąży (w przypadku pacjentów w wieku od 12 roku życia niezbędne jest upoważnienie od pacjenta)
<input type="checkbox"/> Informacje dotyczące antykoncepcji (w przypadku pacjentów w wieku od 12 roku życia niezbędne jest upoważnienie od pacjenta)
<input type="checkbox"/> Dane związane z diagnozą uzależnienia od narkotyków/alkoholu, terapią i/lub informacje dotyczące konsultacji (w przypadku pacjentów w wieku od 12 roku życia niezbędne jest upoważnienie od pacjenta)
<input type="checkbox"/> Dane i/lub dokumentacja dotyczące badań genetycznych
<input type="checkbox"/> Informacje dotyczące przestępstw na tle seksualnym/molestowania seksualnego
<input type="checkbox"/> Informacje dotyczące maltretowania i zaniedbywania dzieci

CZĘŚĆ 7 — Data wygaśnięcia upoważnienia

Termin ważności niniejszego upoważnienia: Tylko ten przypadek 60 dni od daty podpisania Data: _____

1 rok od daty podpisania Data: _____

*W przypadku niewybrania żadnej opcji upoważnienie dotyczy tylko tego przypadku

CZĘŚĆ 8 — Należy uważnie przeczytać poniższe oświadczenie:

Niniejsze upoważnienie jest dobrowolne. Placówka Presence Health nie warunkuje podjęcia leczenia od udzielenia tego upoważnienia. Jednak od udzielenia tego upoważnienia placówka Presence Health może uwarunkować stosowanie terapii związanej z badaniami.

Rozumiem, że mogę zmienić zdanie i odwołać niniejsze upoważnienie w dowolnym momencie, przekazując placówce Presence Health pisemne powiadomienie o wycofaniu. Rozumiem, że wycofanie niniejszego upoważnienia nie będzie miało wpływu na działania podjęte w związku z udzieleniem tego upoważnienia przed odebraniem mojego pisemnego powiadomienia o jego wycofaniu.

Upoważniam do wykorzystania i/lub ujawnienia moich chronionych informacji zdrowotnych w sposób opisany powyżej. Rozumiem, że to upoważnienie jest dobrowolne i wyrażone w celu potwierdzenia mojej decyzji, aby moje chronione informacje zdrowotne mogły być wykorzystywane i ujawniane w placówce Presence Health w określonym celu.

Rozumiem, że osoby lub organizacje, które powyżej upoważniam do otrzymania i/lub wykorzystania moich chronionych informacji zdrowotnych podlegają federalnemu prawodawstwu dotyczącemu poufności informacji zdrowotnych, mogą ujawniać moje chronione informacje zdrowotne innym podmiotom i informacje te mogą nie podlegać już ochronie wyżej wspomnianego prawodawstwa federalnego. Jednak wszelkie informacje dotyczące zdrowia psychicznego, uzależnień, badań genetycznych lub HIV/AIDS ujawnione przez Presence Health na mocy upoważnienia nie mogą być ujawniane innym stronom, chyba że udzielię do tego upoważnienia.

Dano mi możliwość przeczytania w całości i przeanalizowania treści niniejszego upoważnienia i potwierdzam, że ta treść jest zgodna z wyrażoną przeze mnie wolą. Rozumiem, że podpisując niniejszy formularz potwierdzam udzielenie upoważnienia, które do wykorzystania i/lub ujawniania osobom i organizacjom wymienionym w niniejszym formularzu moich chronionych informacji zdrowotnych wymienionych w tym formularzu.

Rozumiem, że uzyskanie kopii tej dokumentacji może się wiązać za znaczną opłatą. Rozumiem, że mam prawo otrzymać kopię tego upoważnienia po złożeniu podpisu poniżej.

Uwaga do agencji/osoby odbierającej: Na mocy postanowień zawartych w akcie prawnym dotyczącym poufności danych dotyczących zdrowia psychicznego i wad rozwojowych (Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act) nie wolno przekazywać dalej żadnych tego rodzaju informacji, chyba że osoba, która wyraziła zgodę na ich ujawnienie udzieli wyraźnej zgody na tego rodzaju dalsze ujawnianie. Na mocy postanowień zawartych w akcie prawnym z 1 lipca 1975 roku, dotyczącym poufności danych pacjentów związanych z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records) żadne tego rodzaju dokumenty ani informacje nie mogą być przekazywane dalej bez wyraźnego upoważnienia do ich dalszego ujawnienia.

CZĘŚĆ 9 — Podpis

Podpis pacjenta:	Data:
Imię i nazwisko osobistego przedstawiciela: (drukowanymi literami)	Nr tel. osobistego przedstawiciela:
Związek osobistego przedstawiciela z pacjentem i upoważnienie:	
Podpis osobistego przedstawiciela:	Data:
Imię i nazwisko świadka (wymagane w przypadku ujawniania informacji dot. zdrowia psychicznego):	Data:
Podpis świadka:	Data:

CZĘŚĆ 10 — Weryfikacja upoważnienia

W jaki sposób zweryfikowano tożsamość, upoważnienie oraz relację danej osoby z pacjentem?	<input type="checkbox"/> Status osobistego przedstawiciela (zidentyfikowanie go jako rodzica, opiekuna, wykonawcy, administratora, pełnomocnika)
<input type="checkbox"/> Identyfikacja osobista	<input type="checkbox"/> Gwarancja, poręczenie, nakaz, wezwanie, dochodzenie cywilne lub inna procedura prawna
<input type="checkbox"/> Upoważnienie od władz	
<input type="checkbox"/> Upoważnienie jest znane	Świadek:

CZĘŚĆ 11: Wymagany format

Papierowy Elektroniczny

CZĘŚĆ 12: Metoda doręczenia

Poczta Odbiór osobisty



190

Upoważnienie do ujawnienia danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta