

**Zugangsberechtigung auf Patientendaten  
über eine Organisation zum Austausch von Gesundheitsdaten**

Name des Patienten	Geburtsdatum	Identifikationsnummer des Patienten
Adresse des Patienten		

Ich bitte darum, dass auf Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner medizinischen Versorgung und Behandlung gemäß diesem Formular zugegriffen wird. Ich kann wählen, ob ich es [Name of Provider Organization] (einschließlich ihrer Bevollmächtigten) gestatte, über die Organisation zum Austausch von Gesundheitsdaten namens Healthix, Zugriff auf meine Patientenakten zu erhalten. Wenn ich diesem Zugriff zustimme, können meine Patientenakten anderer Stellen, an denen ich medizinische Versorgung erhalte, anhand eines den gesamten Bundesstaat übergreifenden Computernetzwerkes eingesehen werden. Healthix ist eine gemeinnützige Organisation, die Informationen zur Gesundheit von Personen elektronisch austauscht und den Datenschutz- und -sicherheitsstandards laut Gesetz zur Übertragbarkeit von Krankenversicherungen und zur Rechenschaftspflicht der Krankenversicherer (HIPAA) sowie der Gesetzesordnung des US-Bundesstaats New York entspricht. Auf der Internetseite von Healthix unter [www.healthix.org](http://www.healthix.org) erfahren Sie mehr.

Auf meine Daten kann im Notfall zugegriffen werden, es sei denn, dass ich dieses Formular ausfülle und Kästchen Nr. 3 ankreuze; dadurch erkläre ich, dass ich eine Zustimmung *selbst* bei einem medizinischen Notfall ablehne.

**Meine Wahl auf diesem Formular wird meine Möglichkeit, medizinische Versorgung zu erhalten, NICHT beeinträchtigen. Meine Wahl auf diesem Formular wird es Krankenversicherungen NICHT ermöglichen, auf meine Daten zuzugreifen, um zu entscheiden, ob mir Versicherungsschutz gewährt wird oder meine medizinischen Kosten übernommen werden.**

<p><b>Meine Zustimmungsoptionen:</b> Links neben meiner gewählten Option wird EIN Kästchen angekreuzt. Ich kann dieses Formular jetzt oder später ausfüllen. Ich kann außerdem jederzeit durch Ausfüllen eines neuen Formulars meine Entscheidung ändern.</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>1. ICH ERTEILE MEINE ZUSTIMMUNG</b>, dass [Name of Provider Organization] auf ALLE Gesundheitsdaten zu meiner Person über Healthix zugreift, um Gesundheitsdienstleistungen (einschließlich Notfallversorgung) zur Verfügung zu stellen.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>2. ICH VERWEIGERE MEINE ZUSTIMMUNG – MIT AUSNAHME, DASS ES SICH UM EINEN MEDIZINISCHEN NOTFALL HANDELT</b> – dass [Name of Provider Organization], auf elektronische Gesundheitsdaten zu meiner Person über Healthix zugreift.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>3. ICH VERWEIGERE MEINE ZUSTIMMUNG</b>, dass [Name of Provider Organization;] auf Gesundheitsdaten zu meiner Person über Healthix zugreift, <i>selbst wenn es sich um einen medizinischen Notfall handelt</i>.</p>

Wenn ich ablehnen will, dass jegliche Dienstleistungsorganisationen und Krankenkasse, die an Healthix teilnehmen, auf elektronische Gesundheitsdaten zu meiner Person über Healthix zugreifen, kann ich diese auf der Website von Healthix unter [www.healthix.org](http://www.healthix.org) oder per Telefon unter 877-695-4749 vornehmen.

Meine Fragen zu diesem Formular wurden beantwortet und ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

Unterschrift des Patienten/der Patientin oder dessen/deren gesetzlichen Vertreters	Datum
Name des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)	Beziehung des gesetzlichen Vertreters zum Patienten (falls zutreffend)

**Einzelheiten zu den Daten, auf die über Healthix zugegriffen wird, und zum Zustimmungsprozess:**

1. **Wie Ihre Daten verwendet werden können.** Ihre elektronischen Gesundheitsdaten werden **nur** für die folgenden Gesundheitsfürsorgedienstleistungen verwendet:
  - **Behandlungsdienstleistungen.** Stellt Ihnen medizinische Behandlung und damit verbundene Dienstleistungen zur Verfügung.
  - **Überprüfung der Versicherungsberechtigung.** Überprüfung, ob Sie krankenversichert sind und welche Leistungen der Versicherungsschutz umfasst.
  - **Pflegeverwaltungsmaßnahmen.** Diese umfassen z. B., dass Sie dabei unterstützt werden, angemessene medizinische Versorgung zu erhalten, dass die Ihnen gebotenen Dienstleistungen qualitativ verbessert werden, dass die Zurverfügungstellung mehrerer Ihnen gebotener Gesundheitsdienstleistungen koordiniert wird, dass Ihnen geholfen wird, einem medizinischen Versorgungsplan zu folgen.
  - **Qualitative Verbesserungsmaßnahmen.** Beurteilung und Verbesserung der Qualität der Ihnen und allen Patienten zur Verfügung gestellten medizinischen Versorgung.
  
2. **Welche Arten der Information zu Ihrer Person sind inbegriffen.** Wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen, kann/können die Dienstleisterorganisation/en auf ALLE elektronische Gesundheitsdaten zu Ihrer Person durch Healthix zugreifen. Dazu gehören Daten, die vor und nach dem Datum der Unterschrift dieses Formulars erstellt wurden. Ihre Patientenakte kann den Verlauf von Krankheiten oder Verletzungen, die Sie erlitten (z. B. Diabetes oder einen Knochenbruch), Untersuchungsergebnisse (z. B. Röntgenaufnahmen oder Blutuntersuchungen) sowie eine Liste der Medikamente, die Sie eingenommen haben, umfassen. Diese Daten können folgende vertrauliche gesundheitsbezogene Umstände umfassen, sind allerdings nicht beschränkt darauf:
 

• Alkohol- oder Drogenmissbrauch und Diagnosen	• Geschlechtskrankheiten	• Entlassungsbriefe
• Schwangerschaftsverhütung und Abtreibung (Familienplanung)	• Medikamente und Dosierungen	• Angaben zur Beschäftigung
• Erbkrankheiten oder entsprechende Tests	• Diagnoseinformationen	• Lebensverhältnisse
• HIV/AIDS-Erkrankungen	• Allergien	• Soziales Umfeld
• Psychische Erkrankungen	• Zusammenfassungen der Substanzmittelmissbrauchsgeschichte	• Daten zu Leistungsfällen
	• Klinische Eintragungen	• Labortests
  
3. **Woher werden die Gesundheitsdaten zu Ihrer Person bezogen.** Informationen zu Ihrer Person werden von Stellen bezogen, die Ihnen medizinische Versorgung oder Krankenversicherung zur Verfügung gestellt haben. Dazu können gehören: Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken, klinische Labors, Krankenversicherungen, das Medicaid-Programm sowie andere Organisationen, die Gesundheitsdaten auf elektronischem Weg austauschen. Eine vollständige und aktuelle Liste ist von Healthix erhältlich. Sie können eine aktualisierte Liste jederzeit auf der Internetseite von Healthix unter [www.healthix.org](http://www.healthix.org) oder telefonisch unter 877-695-4749 erhalten.
  
4. **Wer auf Ihre Daten zugreifen kann - falls Sie Ihre Zustimmung erteilen.** Ausschließlich Ärzte oder andere Mitarbeiter der Organisation/en, denen Sie Ihre Zustimmung zum Zugriff erteilt haben und die durch dieses Formular gestattete Aktivitäten, wie oben in Punkt Eins beschrieben, ausführen.
  
5. **Zugriff durch öffentliche Gesundheits- und Organbeschaffungsorganisationen.** Bundes-, bundesstaatliche oder örtliche Gesundheitsbehörden und bestimmte Organbeschaffungsorganisationen sind rechtmäßig befugt, zu bestimmten Zwecken betreffend öffentlicher Gesundheit und Organtransplantation auf Gesundheitsdaten ohne die Zustimmung eines Patienten zuzugreifen. Diese Einrichtungen können über Healthix auf Ihre Healthix-Daten zu diesen Zwecken zugreifen, unabhängig davon, ob Sie Ihre Zustimmung erteilen, diese verweigern oder kein Zustimmungsförmular ausfüllen.
  
6. **Strafmaßnahmen für unrechtmäßigen Zugriff bzw. unrechtmäßige Verwendung Ihrer Daten.** Für unangemessenen Zugriff oder unangemessene Verwendung Ihrer elektronischen Gesundheitsdaten werden Strafmaßnahmen verhängt. Falls Sie zu irgendeinem Zeitpunkt vermuten, dass sich jemand, der Ihre Informationen nicht einsehen und darauf nicht zugreifen darf, dies dennoch getan, setzen Sie sich bitte telefonisch mit der Dienstleisterorganisation unter: \_\_\_\_\_ in Verbindung, besuchen Sie die Internetseite von Healthix unter [www.healthix.org](http://www.healthix.org), rufen Sie das Gesundheitsministerium des US-Bundesstaats New York unter 518-474-4987 an, oder folgen Sie dem Beschwerdeverfahren des Bundesamts für Bürgerrechte mittels folgendem Link: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
  
7. **Wiederoffenlegung von Daten.** Jegliche Organisation/en, denen Sie Ihre Zustimmung für den Zugriff auf Ihre Gesundheitsinformationen erteilt haben, kann/können Ihre Gesundheitsdaten wieder offenlegen, jedoch nur soweit es durch Bundes- und Staatsgesetze bzw. -vorschriften gestattet ist. Auf Daten in Verbindung mit Alkohol- oder Drogenentzugsprogrammen oder vertrauliche Informationen in Verbindung mit HIV kann nur zugegriffen werden bzw. dürfen diese Daten nur wieder offengelegt werden, wenn Sie von den erforderlichen Erklärungen bezüglich Wiederoffenlegungsverbot begleitet werden.
  
8. **Gültigkeitsdauer.** Dieses Zustimmungsförmular bleibt bis zu dem Tag in Kraft, an dem Sie Ihre Entscheidung ändern, Sie versterben oder bis Healthix seinen Betrieb einstellt. Wenn sich Healthix mit einer anderen zugelassenen Körperschaft zusammenschließt, bleibt Ihre Zustimmung bzw. Nichtzustimmung auch bei der neu gebildeten Körperschaft in Kraft.
  
9. **Änderung der Wahlmöglichkeit der Zustimmung.** Sie können Ihre Wahlmöglichkeit der Zustimmung jederzeit und für jede Dienstleisterorganisation oder Krankenversicherung ändern, in dem Sie ein neues Zustimmungsförmular mit ihrer neuen Wahl einreichen. Organisationen, die auf Ihre Gesundheitsdaten über Healthix zugreifen, während Ihre Zustimmung wirksam ist, können Ihre Daten in Ihre eigenen Patientenakten kopieren oder in diese einfügen. Selbst, wenn Sie sich später dazu entscheiden, Ihre Zustimmungsförmular zu ändern, müssen diese Ihre Daten nicht zurückzugeben oder sie aus ihren Unterlagen entfernen.
  
10. **Formularkopie.** Sie sind dazu berechtigt, eine Kopie dieses Zustimmungsförmulars zu erhalten.