



Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer identyfikacyjny pacjenta
Adres pacjenta		

Niżej podpisany pacjent wnioskuje o postępowanie z informacjami dotyczącymi opieki i leczenia w sposób określony w niniejszym formularzu. Pacjent ma prawo zezwolić [Name of Provider Organization] (wraz z agentami) na dostęp do dokumentacji medycznej za pośrednictwem organizacji ds. wymiany informacji o stanie zdrowia Healthix lub nie zezwolić na taki dostęp. Jeżeli pacjent wyrazi zgodę na dostęp do informacji o swoim stanie zdrowia, dostęp do dokumentacji medycznej z różnych placówek, w których pacjent uzyskuje opiekę medyczną, będzie można uzyskać, korzystając ze stanowej sieci komputerowej. Healthix to organizacja non-profit, która udostępnia informacje o stanie zdrowia pacjentów drogą elektroniczną, w celu poprawy jakości opieki zdrowotnej, spełniając przy tym normy w zakresie poufności oraz zabezpieczenia danych określone przez ustawę o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (HIPAA) wymogi prawa federalnego w zakresie poufności, Kodeks Przepisów federalnych [CFR] tytuł 42 część 2 oraz prawo stanu Nowy Jork. Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

**Decyzja podjęta przez pacjenta i wyrażona w niniejszym dokumencie NIE wpływa na możliwość uzyskania przez niego opieki medycznej. Decyzja podjęta przez pacjenta i wyrażona w niniejszym dokumencie NIE umożliwia zakładom ubezpieczeń zdrowotnych uzyskiwania dostępu do danych pacjenta na potrzeby ustalenia, czy obejmować pacjenta ochroną ubezpieczeniową lub opłacić koszty leczenia.**

<b>Decyzja pacjenta.</b> Podjęta przez pacjenta decyzję wskazuje zaznaczenie JEDNEGO pola wyboru po lewej stronie. Pacjent może wypełnić niniejszy formularz teraz lub w późniejszym terminie. Pacjent może w dowolnej chwili zmienić decyzję, wypełniając formularz ponownie.
<input type="checkbox"/> <b>1. WYRAŻAM ZGODĘ</b> na to, aby [Name of Provider Organization] miał(miała/miało/miały), za pośrednictwem Healthix, dostęp do WSZYSTKICH elektronicznych informacji o stanie zdrowia dotyczących mojej osoby na potrzeby świadczenia usług opieki zdrowotnej.
<input type="checkbox"/> <b>2. NIE WYRAŻAM ZGODY</b> na to, aby [Name of Provider Organization] miał(miała/miało/miały), za pośrednictwem Healthix, dostęp do elektronicznych informacji o stanie zdrowia dotyczących mojej osoby, niezależnie od celu.

Jeżeli pacjent nie zgadza się na to, aby poprzez Healthix jakikolwiek świadczeniodawca oraz program opieki zdrowotnej należący do sieci Healthix miał dostęp do informacji o stanie zdrowia, może oświadczyć, że nie wyraża zgody, wchodząc na stronę [www.healthix.org](http://www.healthix.org) lub dzwoniąc do Healthix pod numer 877-695-4749.

Pacjent potwierdza, że uzyskał odpowiedzi na swoje pytania dotyczące niniejszego formularza i otrzymał egzemplarz niniejszego formularza.

Podpis pacjenta lub pełnomocnika pacjenta	Data
Imię i nazwisko pełnomocnika – drukowanymi literami (jeżeli dotyczy)	Relacja łącząca pełnomocnika z pacjentem (jeżeli dotyczy)

**Szczegółowe informacje dotyczące procedury udzielania zgody oraz danych, do których Healthix oferuje dostęp:**

1. **W jaki sposób można korzystać z informacji na temat pacjenta.** Elektroniczne informacje o stanie zdrowia mogą być wykorzystywane **wyłącznie** w celach związanych ze świadczeniem usług opieki zdrowotnej:
  - **Leczenie.** Zapewnienie pacjentowi leczenia oraz świadczenie powiązanych z tym usług.
  - **Weryfikacja ubezpieczenia.** Sprawdzenie, czy pacjent ma ubezpieczenie zdrowotne i jaki jest zakres tego ubezpieczenia.
  - **Zarządzanie opieką.** Działania te obejmują udzielenie pacjentowi pomocy w uzyskaniu właściwej opieki medycznej, poprawę jakości świadczonych usług, koordynację świadczenia poszczególnych usług, z których korzysta pacjent, a także wspieranie pacjenta w realizacji planu opieki medycznej.
  - **Poprawa jakości.** Ocena i poprawa jakości opieki medycznej świadczonej pacjentom.
  
2. **O jakiego rodzaju informacjach na temat pacjenta jest mowa.** Jeżeli pacjent wyrazi zgodę na dostęp do informacji, wskazany świadczeniodawca (wskazani świadczeniodawcy) ma(ją) dostęp do WSZYSTKICH elektronicznych informacji o stanie zdrowia pacjenta dostępnych za pośrednictwem Healthix. Do informacji tych należą zarówno te uzyskane przed datą podpisania niniejszego formularza, jak i po tej dacie. Dokumentacja medyczna pacjenta może obejmować historię chorób lub obrażeń (np. cukrzyca lub złamanie kości), wyniki badań (np. prześwietlenie lub badania krwi) oraz listę przyjmowanych leków. Do informacji, o których mowa, należą także poufne informacje dotyczące zdrowia, w szczególności dotyczące:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>• problemów alkoholowych lub narkotykowych oraz związanych z tym diagnoz</li> <li>• kontroli urodzeń i aborcji (planowania rodziny)</li> <li>• badań lub chorób genetycznych (dziedzicznych)</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• zaburzeń psychicznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chorób przenoszonych drogą płciową</li> <li>• przyjmowanych leków i dawek</li> <li>• informacji diagnostycznych</li> <li>• alergii</li> <li>• streszczeń historii uzależnienia od narkotyków</li> <li>• notatek klinicznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• streszczeń wypisów ze szpitala</li> <li>• informacji o zatrudnieniu</li> <li>• sytuacji życiowej</li> <li>• wsparciu socjalnym</li> <li>• dane dotyczące roszczeń z tytułu ubezpieczenia</li> <li>• wyniki badań laboratoryjnych.</li> </ul>
---	---	---
  
3. **Skąd pochodzą informacje o pacjencie.** Informacje na temat pacjenta pochodzą z placówek, w których pacjent korzystał z opieki medycznej lub ubezpieczenia zdrowotnego. Mogą to być szpitale, gabinety lekarskie, apteki, laboratoria, zakłady ubezpieczeń zdrowotnych, program Medicaid oraz inne organizacje wymieniające się informacjami o stanie zdrowia drogą elektroniczną. Pełną i aktualną listę placówek można uzyskać od Healthix. Ze zaktualizowaną listą można zapoznać się w dowolnym momencie na stronie [www.healthix.org](http://www.healthix.org) lub dzwoniąc pod numer 877-695-4749.
  
4. **Kto może uzyskać dostęp do informacji o stanie zdrowia, jeżeli pacjent wyrazi zgodę na dostęp do informacji.** Wyłącznie lekarze oraz inni pracownicy organizacji, która/które zgodnie ze zgodą pacjenta może/mogą mieć dostęp do informacji na jego temat, wykonujący czynności dozwolone niniejszym formularzem zgodnie z pkt 1.
  
5. **Dostępność danych dla organizacji zdrowia publicznego oraz organizacji ds. transplantacji organów.** Działającym na szczeblu federalnym, stanowym lub lokalnym agencjom zdrowia publicznego oraz pewnym organizacjom ds. transplantacji prawo zezwala na dostęp do informacji o stanie zdrowia w pewnych celach związanych ze zdrowiem publicznym oraz transplantacją organów, bez zgody pacjenta. Podmioty te mogą w takich celach uzyskać dostęp do informacji za pośrednictwem Healthix niezależnie od tego, czy pacjent udzielił zgody, nie udzielił zgody czy też nie wypełnił formularza zgody.
  
6. **Kary za nieuprawniony dostęp do informacji o pacjencie lub bezprawne korzystanie z informacji o pacjencie.** Nieuprawniony dostęp do elektronicznych informacji o stanie zdrowia pacjenta lub bezprawne korzystanie z takich informacji podlega karze. Jeżeli w dowolnym momencie pacjent nabierze podejrzeń, że wgląd w informacje lub dostęp do informacji miała osoba do tego nieuprawniona, należy skontaktować się z(e) Provider Organization: \_\_\_\_\_; lub wejść na stronę [www.healthix.org](http://www.healthix.org); lub zadzwonić do Departamentu Zdrowia stanu Nowy Jork pod numer 518-474-4987; lub złożyć skargę do federalnego Biura Praw Obywatelskich zgodnie z obowiązującą procedurą, korzystając z podanego łącza: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
  
7. **Dalsze przekazywanie informacji.** Każda z organizacji, która zgodnie ze zgodą udzieloną przez pacjenta ma dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta, może przekazać dalej informacje o stanie zdrowia pacjenta, przy czym wyłącznie w takim zakresie, w jakim jest to dozwolone przepisami stanowymi i federalnymi. Informacje dotyczące leczenia w związku z problemem alkoholowym/narkotykowym lub poufne informacje dotyczące HIV mogą być uzyskane i przekazywane dalej wyłącznie, jeżeli towarzyszą im wymagane oświadczenia dotyczące zakazu dalszego przekazywania informacji.
  
8. **Termin obowiązywania.** Niniejszy formularz zgody obowiązuje do dnia zmiany decyzji przez pacjenta, jego śmierci lub do dnia zakończenia działalności przez Healthix. W razie połączenia się Healthix z innym podmiotem kwalifikowanym podjęte decyzje obowiązują nadal w odniesieniu do nowego podmiotu utworzonego w wyniku takiej fuzji.
  
9. **Zmiana decyzji przez pacjenta.** Pacjent może zmienić decyzję w dowolnym momencie i w odniesieniu do każdego ze świadczeniodawców lub programów opieki zdrowotnej, przedstawiając nowy formularz zgody wskazujący na inną decyzję. Organizacje, które mają dostęp do informacji o stanie zdrowia poprzez Healthix, mogą w czasie obowiązywania zgody kopiować informacje dotyczące pacjenta lub umieszczać te informacje we własnej dokumentacji medycznej. Jeżeli w późniejszym terminie pacjent zmieni decyzję, świadczeniodawcy nie będą mieli obowiązku dokonania zwrotu informacji ani usunięcia ich ze swojej dokumentacji.
  
10. **Egzemplarz formularza.** Pacjent ma prawo do otrzymania egzemplarza niniejszego formularza zgody.