



Souhlas s přístupem k informacím o pacientovi prostřednictvím organizace pro výměnu informací

Ministerstvo zdravotnictví státu New York

Jméno pacienta	Datum narození	Identifikační číslo pacienta
Adresa pacienta		

Žádám, aby zdravotní informace ohledně mé péče a léčby byly přístupny tak, jak je stanoveno v tomto dokumentu. Mohu si vybrat, jestli dovolit nebo nedovolit [Name of Provider Organization] (včetně zástupců této organizace) získat přístup k mým zdravotním záznamům prostřednictvím organizace pro výměnu zdravotních informací Healthix. Pokud budu souhlasit, mé zdravotní záznamy z různých míst, kde dostávám zdravotní péči, mohou být přístupny prostřednictvím celostátní počítačové sítě. Healthix je nezisková organizace, která předává informace o zdraví lidí elektronicky a která splňuje standardy soukromí a bezpečnosti zákona o přenositelnosti a zúčtovatelnosti zdravotního pojištění (HIPAA) a zákonů státu New York. Další informace naleznete na webu Healthix na www.healthix.org.

To, co zvolím v tomto dokumentu, NEOVLIVNÍ nijak mou zdravotní péči. To, jak se rozhodnu v tomto dokumentu souhlasu, NEDÁVÁ zdravotním pojišťovnám přístup k mým informacím za účelem rozhodnutí, zda mi poskytnou pojistné krytí, nebo zda zaplatí faktury za mé zdravotní ošetření.

Mé rozhodnutí o souhlasu. JEDEN rámeček je zaškrtnut nalevo od mého rozhodnutí. Tento dokument mohu vyplnit teď nebo později. Také mohu změnit své rozhodnutí kdykoli tím, že vyplním nový dokument.
<input type="checkbox"/> 1. DÁVÁM SOUHLAS [Name of Provider Organization] s přístupem ke VŠEM mým elektronickým zdravotním informacím prostřednictvím Healthix k poskytování služeb zdravotní péče.
<input type="checkbox"/> 2. NEDÁVÁM SOUHLAS [Name of Provider Organization] s přístupem k mým elektronickým zdravotním informacím prostřednictvím Healthix, a to k jakémukoli účelu.

Pokud chci odmítnout souhlas s přístupem všech organizací poskytovatelů péče a zdravotních plánů zapojených do Healthix k mým elektronickým zdravotním informacím prostřednictvím Healthix, mohu tak učinit na webových stránkách Healthix na www.healthix.org nebo zavolat Healthix na číslo 877-695-4749.

Mé otázky o tomto dokumentu byly zodpovězeny a dostal/a jsem kopii tohoto dokumentu.

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce pacienta	Datum
Jméno zákonného zástupce tiskacími písmeny (pokud se hodí)	Vztah zákonného zástupce k pacientovi (pokud se hodí)

Podrobnosti o informacích získaných prostřednictvím Healthix a proces souhlasu:

- Jak se Vaše informace mohou používat.** Vaše elektronické zdravotní informace se budou používat **pouze** pro následující zdravotní služby:
 - **Služby spojené s ošetřováním.** Poskytování zdravotní péče a spojených služeb.
 - **Ověření způsobilosti k pojištění.** Zjištění, jestli máte zdravotní pojištění a co pokrývá.
 - **Činnosti pro řízení péče.** Sem patří pomoc při získání patřičné zdravotní péče, zlepšování kvality služeb, které dostáváte, koordinace poskytování různých zdravotních služeb, které máte k dispozici, nebo podpora při provádění plánu zdravotní péče, který máte.
 - **Činnosti pro zlepšování kvality.** Zhodnocení a zlepšování kvality zdravotní péče poskytované Vám a všem pacientům.
- Jaké druhy informací o Vás jsou zde obsaženy.** Pokud poskytnete souhlas, organizace poskytovatele péče / organizace poskytovatelů péče má/mají přístup ke VŠEM Vaším elektronickým zdravotním informacím přístupným prostřednictvím Healthix. Patří sem informace vytvořené před datem a po datu podepsání tohoto dokumentu souhlasu. Vaše zdravotní záznamy mohou obsahovat anamnézu prodělaných nemocí nebo zranění (např. diabetes nebo zlomenina), výsledky testů (např. rentgeny nebo krevní testy) a seznamy užívaných léků. Mezi tyto informace mohou patřit citlivé zdravotní informace, mimo jiné např.:
 - abusus alkoholu nebo drog a diagnózy
 - antikoncepce a umělé přerušování těhotenství (plánování rodiny)
 - genetické (dědičné) nemoci nebo testy
 - HIV/AIDS
 - duševní choroby či poruchy
 - sexuálně přenosné nemoci
 - léčiva a jejich dávky
 - diagnostické informace
 - alergie
 - souhrn informací o užívání narkotik v minulosti
 - klinické poznámky
 - propouštěcí zpráva
 - informace o zaměstnání
 - životní okolnosti
 - sociální podpora
 - údaje o uplatněných nárocích z pojištění
 - laboratorní testy
- Odkud pochází zdravotní informace o Vás.** Informace o Vás pocházejí z míst, která Vám poskytla zdravotní péči nebo zdravotní pojištění. Mohou to být nemocnice, lékaři, lékárny, klinické laboratoře, zdravotní pojišťovny, program Medicaid a jiné organizace, které předávají zdravotní informace elektronicky. Healthix má k dispozici úplný aktualizovaný seznam. Aktualizovaný seznam můžete získat kdykoli na webových stránkách Healthix na www.healthix.org nebo na telefonním čísle 877-695-4749.
- Kdo smí mít přístup k informacím o Vás, pokud dáte souhlas.** Pouze lékaři a jiní členové personálu organizace nebo organizací, kterým jste dali souhlas k přístupu a které provádějí činnosti povolené v tomto dokumentu podle popisu výše v prvním odstavci.
- Přístup pro organizace veřejného zdraví a odběru orgánů.** Federální, státní a místní agentury veřejného zdraví a jisté určité organizace odběru orgánů mají podle zákona povolen přístup ke zdravotním informacím bez souhlasu pacienta pro určité účely zdraví veřejnosti a transplantace orgánů. Tyto orgány mají přístup k Vaším informacím prostřednictvím Healthix pro tyto účely bez ohledu na to, zda jste dali souhlas, odepřeli souhlas nebo nevyplnili dokument souhlasu.
- Postih za nepatřičný přístup nebo použití Vašich informací.** Za nepatřičný přístup nebo použití Vašich elektronických zdravotních informací existují postihy. Pokud se budete kdykoli domnívat, že někdo, kdo by neměl vidět informace o Vás nebo k nim mít přístup, tak učinil, zavolejte **Provider Organization** na: _____ nebo navštivte webové stránky Healthix, Inc.: www.healthix.org nebo zavolejte ministerstvo zdravotnictví státu New York na číslo 518-474-4987 nebo postupujte podle kroků pro podání stížnosti na federální Úřad pro občanská práva na následujícím odkaze: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Opětovné předávání informací.** Veškeré organizace, kterým jste dal/a souhlas s přístupem k Vaším zdravotním informacím, mohou Vaše zdravotní informace opětovně předávat, ale pouze v rozsahu povoleném státními a federálními zákony a nařízeními. Informace spojené s léčením závislosti na alkoholu/drogách nebo důvěrné informace ohledně HIV mohou být zpřístupněny a mohou být opětovně předávány pouze pokud jsou k nim připojena požadovaná prohlášení ohledně zákazu opětovného předávání informací.
- Platné období.** Tento dokument souhlasu bude platný, dokud nezrušíte svůj souhlas, do dne Vašeho úmrtí nebo do doby, kdy Healthix přestane fungovat. Pokud se Healthix sloučí s jinou kvalifikovanou jednotkou, Vaše rozhodnutí o souhlasu zůstane platné u nově sloučené jednotky.
- Změna Vašeho rozhodnutí o souhlasu.** Svě rozhodnutí o souhlasu můžete změnit kdykoli a pro jakoukoli organizaci poskytovatele nebo zdravotní plán odevzdáním nového formuláře souhlasu se svým novým rozhodnutím. Organizace, které získají Vaše zdravotní informace prostřednictvím Healthix v době Vašeho platného souhlasu, mohou tyto informace kopírovat nebo je zapsat do svých vlastních zdravotních záznamů. I když se později rozhodnete změnit své rozhodnutí o souhlasu, nemají povinnost vrátit Vaše informace nebo je odstranit ze svých záznamů.
- Kopie dokumentu.** Máte právo dostat kopii tohoto dokumentu souhlasu, až ho podepíšete.