

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, spełniając przy tym normy w zakresie poufności oraz zabezpieczenia danych określone przez ustawę o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (HIPAA) oraz prawo stanu Nowy Jork. Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie www.healthix.org.

Z dostępu do informacji na temat pacjenta można korzystać w nagłych wypadkach, chyba że pacjent wypełnił niniejszy formularz, zaznaczając pole nr 3, przez co oświadczył, że nie wyraża zgody na przekazywanie danych, *nawet* w nagłych wypadkach.

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.

<p>Decyzja pacjenta. 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.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. WYRAŻAM ZGODĘ 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 (w tym w nagłych wypadkach).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. Z WYJĄTKIEM NAGŁYCH WYPADKÓW NIE WYRAŻAM ZGODY na to, aby [Name of Provider Organization] miał(miała/miało/miały), za pośrednictwem Healthix, dostęp do elektronicznych informacji o stanie zdrowia dotyczących mojej osoby.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. NIE WYRAŻAM ZGODY 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, <i>nawet</i> w nagłych wypadkach.</p>

Jeżeli pacjent nie zgadza się na to, aby poprzez Healthix, jakkolwiek 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 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:
 - problemów alkoholowych lub narkotykowych oraz związanych z tym diagnoz
 - kontroli urodzeń i aborcji (planowania rodziny)
 - badań lub chorób genetycznych (dziedzicznych)
 - HIV/AIDS
 - zaburzeń psychicznych
 - chorób przenoszonych drogą płciową
 - przyjmowanych leków i dawek
 - informacji diagnostycznych
 - alergii
 - streszczeń historii uzależnienia od narkotyków
 - notatek klinicznych
 - streszczeń wypisów ze szpitala
 - informacji o zatrudnieniu
 - sytuacji życiowej
 - wsparciu socjalnym
 - dane dotyczące roszczeń z tytułu ubezpieczenia
 - wyniki badań laboratoryjnych.
- 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 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) świadczeniodawcą: [redacted]; lub wejść na stronę 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.