

Formulář souhlasu pacienta pro zúčastněnou poskytovatelskou organizaci

_____ („_____“)

Dostal(a) jsem dokument s názvem „Brooklyn Health Information Exchange: Informační list“, který vysvětluje, jak Brooklyn Health Information Exchange (dále jen „BHIX“) funguje, jaký má provoz a jak mohu umožnit, aby zdravotní informace o mě mohou získávat nemocnice, domy s pečovatelskou péčí, organizace domácí péče a jiní poskytovatelé zdravotní péče zúčastnění v BHIX. Pokud podpisuji tento formulář jako zákonný zástupce pacienta, chápu, že všechny odkazy na „mě“ nebo „můj, moje, atd.“ v tomto formuláři se týkají pacienta.

Každá zúčastněná poskytovatelská organizace (dále jen „zúčastněný poskytovatel“) zapojená do mé péče musí získat můj souhlas samostatně pro přístup k zdravotním informacím prostřednictvím BHIX. [_____] je zúčastněný poskytovatel v BHIX. Chápu, že když poskytnu svůj souhlas níže, povoluji tím organizaci [_____] , včetně všech osob pověřených organizací [_____] , používat BHIX pro přístup k mým zdravotním informacím prostřednictvím BHIX.

- Účel:** Jsem srozuměn(a) s tím, že mé zdravotní informace budou použity pouze v souvislosti s mou léčbou a za účelem přístupu ke zdravotní péči poskytované organizací [_____] jejím pacientům a zlepšení její kvality.
- Typy informací:** Jsem srozuměn(a) s tím, že tento souhlas umožňuje organizaci [_____] přístup ke VŠEM mým zdravotním informacím, včetně senzitivních informací týkajících se následujícího, ale bez omezení na ně samotné:
 - HIV/AIDS
 - Genetické choroby nebo genetické testy
 - Sexuálně přenášené choroby
 - Duševní zdraví
 - Protialkoholní nebo protidrogová léčba
 - Plánované rodičovství
- Zdroje zdravotních informací:** Informace získávané prostřednictvím BHIX pocházejí z různých zdrojů (dále jen „zdroje zdravotních informací“). Tyto zdroje zdravotních informací zahrnují zúčastněné poskytovatele, další poskytovatele zdravotní péče (jako lékárny a klinické laboratoře), zdravotní pojišťovny, program Medicaid státu New York a ostatní organizace pro výměnu zdravotních informací. Kompletní seznam současných zdrojů zdravotních informací je uveden na adrese www.bhix.org. Tento seznam se čas od času změní s tím, jak BHIX bude růst.
- Tento souhlas umožňuje organizaci [_____] přístup k zdravotním informacím vytvořeným před datem mého podpisu i po něm. Jsem srozuměn(a) s tím, že tyto informace o mě mohou být poskytnuty organizaci [_____] pouze v rozsahu povoleném příslušnými zákony a předpisy. Jsem srozuměn(a) s tím, že když poskytnu souhlas, zůstane tento souhlas platný až do dne, kdy jej zruším nebo kdy BHIX přestane fungovat, podle toho, co se stane dříve.
- Jsem srozuměn(a) s tím, že pokud změním názor a budu chtít souhlas zrušit, mohu podepsat formulář zrušení souhlasu. Pokud svůj souhlas zruším, organizace [_____] již nebude moci běžně získávat zdravotní informace o mě prostřednictvím BHIX, pokud jí znovu neposkytnu souhlas podepsáním a vyplněním nového formuláře souhlasu pacienta. Toto zrušení souhlasu neovlivní výměnu zdravotních informací z doby, kdy můj souhlas byl platný.
- Jsem srozuměn(a) s tím, že pokud zruším souhlas níže, organizace [_____] nebude mít přístup k zdravotním informacím prostřednictvím BHIX — *a to ani v případě nouzové situace.*
- Jsem srozuměn(a) s tím, že rozhodnutí o účasti v BHIX je dobrovolné. Žádný zúčastněný poskytovatel mi neodmítne poskytovat péči a má možnost sjednat si zdravotní pojištění nebude ovlivněná mým případným zrušením souhlasu s účastí v BHIX.
- Jsem srozuměn(a) s tím, že dostanu kopii tohoto formuláře poté, co jej podepíši.

Tímto: dávám souhlas ruším souhlas

s tím, aby organizace [_____] měla přístup ke VŠEM mým zdravotním informacím od všech zdrojů zdravotních informací prostřednictvím BHIX.

Jméno pacienta tiskacím (Print Name of Patient)

Datum narození pacienta (Patient's Date of Birth)

Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce
(Signature of Patient or Patient's Legal Representative)

Datum (Date)

Jméno pacienta nebo jeho případného zákonného zástupce
(Print Name of Patient's Legal Representative, if applicable)

Vztah zákonného zástupce k pacientovi
(Relationship of Patient's Legal Representative)