

Zgoda pacjenta dla Uczestniczącej Placówki Medycznej

_____ („_____”)

Potwierdzam otrzymanie dokumentu pt. „Brooklyn Health Information Exchange BHIE - Informator”, które przedstawia sposób działania systemu Brooklyn Health Information Exchange („BHIX”) oraz wyjaśnia, w jaki sposób mogę udostępnić dotyczące mnie informacje medyczne szpitalom, domom opieki, agencjom domowej opieki zdrowotnej i innym podmiotom świadczącym opiekę zdrowotną objętym systemem BHIX. Podpisując niniejszy formularz jako Pełnomocnik Pacjenta, rozumiem, że wszelkie sformułowania typu „mnie” lub „moje” zawarte w niniejszym formularzu odnoszą się do Pacjenta.

Każda Uczestnicząca Placówka Medyczna („Uczestnicząca Placówka Medyczna”) zaangażowana w opiekę nad mną musi uzyskać moją odrębną Zgodę na dostęp do dotyczących mnie informacji medycznych poprzez system BHIX. [_____] jest Placówką Medyczną uczestniczącą w BHIX. Rozumiem, że Udzielając Poniższej Zgody, upoważniam [_____] w tym wszystkie osoby upoważnione przez [_____] do korzystania z systemu BHIX w celu uzyskania dostępu do dotyczących mnie informacji medycznych zapisanych w systemie BHIX.

- Cel:** Rozumiem, że dotyczące mnie informacje medyczne będą wykorzystywane wyłącznie w celu dostarczenia mi opieki medycznej oraz oceny i poprawy jakości usług medycznych świadczonych przez [_____] na rzecz pacjentów.
- Rodzaje informacji:** Rozumiem, że niniejsza Zgoda upoważnia [_____] do dostępu do WSZYSTKICH dotyczących mnie informacji medycznych, w tym, między innymi, do informacji wrażliwych odnoszących się do:
 - HIV/AIDS
 - Chorób lub badań genetycznych
 - Chorób przenoszonych drogą płciową
 - Zdrowia psychicznego
 - Leczenia uzależnień od alkoholu lub narkotyków
 - Planowania rodziny
- Źródła informacji zdrowotnej:** Informacje udostępniane za pomocą systemu BHIX pochodzą z wielu źródeł („Źródła informacji zdrowotnej”). Do Źródeł informacji zdrowotnej mogą należeć Uczestniczące Placówki Medyczne lub inne podmioty świadczące usługi medyczne (jak np.: apteki i laboratoria kliniczne), ubezpieczyciele zdrowotni, program New York State Medicaid oraz inne systemy wymiany informacji zdrowotnej. Wyczerpująca lista aktualnych Źródeł informacji zdrowotnej znajduje się pod adresem www.bhix.org. Lista będzie ulegała zmianom w miarę rozwoju systemu BHIX.
- Zgoda upoważnia [_____] do dostępu do informacji medycznej utworzonej zarówno przed, jak i po terminie podpisania przeze mnie niniejszego pisma. Rozumiem, że [_____] może przekazywać dotyczące mnie informacje wyłącznie w zakresie dozwolonym przez stosowne przepisy prawa. Rozumiem, że jeżeli Udzielę Zgody, będzie ona obowiązywała do dnia cofnięcia Zgody lub zaprzestania funkcjonowania systemu BHIX, którekolwiek nastąpi wcześniej.
- Rozumiem, że jeżeli zmienię zdanie i zechcę wycofać zgodę, mogę podpisać Cofnięcie zgody. Jeżeli wycofam zgodę, pozabawię [_____] prawa do rutynowego dostępu do dotyczących mnie informacji medycznych za pomocą BHIX, o ile nie Udzielę Ponownej Zgody wypełniając i podpisując nową Zgodę Pacjenta. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na wymianę informacji medycznych w okresie obowiązywania mojej Zgody.
- Rozumiem, że jeżeli poniżej Odmówię Wydania Zgody, [_____] nie będzie miał prawa dostępu do informacji medycznych za pomocą systemu BHIX — *nawet w nagłych przypadkach*.
- Rozumiem, że decyzja o uczestnictwie w systemie BHIX jest dobrowolna. Żadna z Uczestniczących Placówek Medycznych nie odmówi udzielenia mi opieki zdrowotnej, a moje uprawnienia z tytułu ubezpieczenia nie doznają uszczerbku, jeżeli Odmówię Wydania Zgody na uczestnictwo w systemie BHIX.
- Rozumiem, że otrzymam kopię niniejszego pisma po jego podpisaniu.

Niniejszym: Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na dostęp [_____] do WSZYSTKICH dotyczących mnie informacji medycznych ze wszystkich Źródeł informacji zdrowotnej za pomocą systemu BHIX.

Imię, nazwisko Pacjenta (drukowanymi literami)

Data urodzenia Pacjenta

Podpis Pacjenta lub Pełnomocnika Pacjenta

Data

Imię, nazwisko Pełnomocnika Pacjenta (jeżeli dotyczy)
(drukowanymi literami)

Pokrewieństwo Pełnomocnika względem Pacjenta