



Форма згоди пацієнта для організації, яка приймає участь у системі BHIX

_____ (“_____”)

Я одержав (одержала) документ під назвою "Система обміну медичною інформацією Brooklyn Health Information Exchange: загальна інформація" ("BHIX"), де пояснюється принцип функціонування системи обміну медичною інформацією Brooklyn Health Information Exchange (BHIX), організація її роботи та те, яким чином я можу контролювати доступ до моєї медичної інформації з боку лікарень, будинків для старих або інтернатів, агенцій з організації медичного догляду вдома та інших медичних організацій і фахівців, які беруть участь у системі BHIX. Якщо я підписую цю форму як легальний представник пацієнту, то я розумію, що усі посилання у цій формі на "мене" мають на увазі пацієнта.

Кожна організація, яка бере участь у програмі (організація-учасник) та яка займається наданням мені медичних послуг, повинна індивідуально отримати мою згоду, щоб мати доступ до моєї медичної інформації у рамках системи BHIX. [_____] є організацією, яка приймає участь у системі BHIX. Я розумію, що в тому випадку, якщо я даю свою згоду, як відзначено нижче, цим я надаю дозвіл [_____] та усім особам, уповноваженим [_____] на використання системи BHIX для доступу до моєї медичної інформації у рамках системи BHIX.

1. **Мета:** Я розумію, що моя медична інформація буде використовуватися винятково для надання мені медичних послуг та для оцінки і поліпшення якості медичної допомоги, яку надає [_____] своїм пацієнтам.

2. **Вид інформації:** Я розумію, що ця згода дозволяє [_____] отримати доступ до УСІЄЇ медичної інформації, включаючи, але не обмежуючись, конфіденційною інформацією у відношенні наступного:

- ВІЛ/СНІД • Генетичні захворювання або генетичні тести • Хвороби, які розповсюджуються статевим шляхом
- Психічні та психіатричні хвороби • Лікування від алкогольної або наркотичної залежності • Планування родини

3. **Джерела медичної інформації:** Інформація, яка є у доступі через систему BHIX, надходить із різних джерел ("джерела медичної інформації"). Ці джерела медичної інформації можуть включати організації-учасники, інші установи, які надають медичні послуги (наприклад, аптеки та клінічні лабораторії), медичні страхові організації, програма Medicaid у штаті Нью-Йорк та інші програми інформаційного обміну медичною інформацією. Повний перелік поточних джерел медичної інформації наведено за адресою www.bhix.org. Цей перелік буде поновлюватися залежно від подальшого розвитку системи BHIX.

4. Дана Згода дозволяє [_____] отримати доступ до медичної інформації, створеної як раніше, так і після дати мого підпису на цій формі. Я розумію, що інформація про мене може бути повторно розкрита [_____] винятково у обсязі, який відповідає правилам та законам. Я розумію, що якщо я даю свою Згоду, моя Згода буде дійсною до дати її скасування мною або до дати закінчення функціонування системи BHIX, залежно від того, що настане раніше.

5. Я розумію, що якщо я зміню своє рішення та бажатиму скасувати свою згоду, я зможу підписати Форму скасування на участь у системі BHIX. Якщо я скасую свою згоду, [_____] не зможе більше мати регулярний доступ до моєї медичної інформації у системі BHIX, якщо я знов не дам згоду, підписавши та заповнивши нову Форму згоди пацієнта на участь. Скасування моєї згоди не вплине на обмін медичною інформацією, який мав місце під час дії моєї згоди.

6. Я розумію, що якщо я відмовлю у наданні згоди, як відзначено нижче, [_____] не зможе отримати доступ до моєї медичної інформації через систему BHIX—*навіть за невідкладних медичних обставин*.

7. Я розумію, що рішення стосовно згоди на участь у системі BHIX є виключно добровільним. Якщо я вирішу не надавати згоди на участь у BHIX, жодна з організацій-учасників не має права відмовити мені у наданні медичної допомоги та умови моєї участі у медичному страхуванні не будуть порушені.

8. Я розумію, що підписавши цей документ, я отримаю одну копію.

Цим я: надаю згоду відмовляю у згоді

для [_____] на отримання доступу до УСІЄЇ моєї медичної інформації з усіх джерел медичної інформації, представленої у рамках системи BHIX.

Ім'я пацієнта друкованими літерами
Print Name of Patient

Дата народження пацієнта
Patient's Date of Birth

Підпис пацієнта або легального представника пацієнта
Signature of Patient or Patient's Legal Representative

Дата
Date

Ім'я представника пацієнта друкованими літерами (за наявності)
Print Name of Patient's Legal Representative (if applicable)

Відношення представника до пацієнта
Relationship of Patient's Legal Representative