



Zrušení souhlasu pacienta pro zúčastněnou poskytovatelskou organizaci

_____ („_____“)

Dříve jsem podepsal(a) formulář souhlasu pacienta umožňující organizaci [_____] přístup ke zdravotnickým informacím prostřednictvím Brooklyn Health Information Exchange (dále jen „BHIX“).

Jsem srozuměn(a) s tím, že po zrušení mého souhlasu nebude organizace [_____] už nadále moci běžně získávat zdravotnické informace o mě prostřednictvím 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.

1. Toto zrušení souhlasu neovlivní výměnu zdravotnických informací z doby, kdy můj souhlas byl platný.
2. Toto zrušení souhlasu se týká pouze organizace [_____] a neuplatní se na žádný souhlas poskytnutý jinému zúčastněnému poskytovateli BHIX.
3. Vyřízení mého zrušení souhlasu může trvat několik dní.
4. Žádný zúčastněný poskytovatel mi neodmítne poskytovat péči a má možnost sjednat si zdravotní pojištění nebude ovlivněná mým případným zrušením souhlasu.
5. Jsem srozuměn(a) s tím, že pokud budu chtít obnovit souhlas s tím, aby organizace [_____] mohla běžně mít přístup k mým zdravotnickým informacím prostřednictvím BHIX, mohu tak učinit podepsáním a vyplněním nového formuláře souhlasu pacienta a jeho odesláním vašemu zúčastněnému poskytovateli během vaší příští návštěvy.
6. Jsem srozuměn(a) s tím, že pokud nepodepíši a nevyplním nový formulář souhlasu pacienta pro organizaci [_____] s výrokem, že ruším svůj souhlas, bude mít organizace [_____] stále přístup k mým zdravotnickým informacím prostřednictvím BHIX v nouzových situacích. Mohu požádat organizaci [_____] o kopii formuláře souhlasu pacienta, abych zrušil(a) svůj souhlas, když budu podávat toto zrušení souhlasu.
7. Jsem srozuměn(a) s tím, že dostanu kopii tohoto formuláře poté, co jej podepíši.

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)