



Logo BHIX Brooklyn Austauschsystem von medizinischen Daten

Widerruf der Einwilligungserklärung der Patienten für die teilnehmenden Versorgungseinrichtungen _____ (“_____”)

Ich habe früher ein Formular mit der Einwilligungserklärung für Patienten unterschrieben, wonach [_____] auf meine medizinischen Daten mit Hilfe des BHIX (Brooklyn Austauschsystem von medizinischen Daten englisch: Brooklyn Health Information Exchange) zugreifen darf.

Ich weiß, dass durch den Widerruf meiner Einwilligungserklärung [_____] nicht mehr routinemäßig auf medizinische Daten über mich mit Hilfe von BHIX zugreifen kann.

Wenn ich dieses Formular als gesetzlicher Vertreter des Patienten unterschreibe, dann meine ich damit, dass sich sämtliche Bezugnahmen in diesem Formular auf "mich" oder "mein" auf den Patienten beziehen.

1. Der Widerruf der Einwilligungserklärung betrifft den Austausch von medizinischen Daten nicht, der erfolgt ist, solange meine Einwilligung wirksam war.
2. Dieser Widerruf meiner Einwilligungserklärung bezieht sich nur auf [_____] und hat keine Wirkung auf Einwilligungen, die gegenüber anderen an BHIX teilnehmenden Versorgungseinrichtungen gegeben worden sind.
3. Die Bearbeitung meines Widerrufs der Einwilligungserklärung kann mehrere Tage dauern.
4. Keine der teilnehmenden Versorgungseinrichtungen wird mir medizinische Versorgung verweigern, und meine Versicherungsfähigkeit wird durch die Entscheidung, die Einwilligung zur Teilnahme an BHIX zu verweigern, nicht beeinträchtigt.
5. Ich habe verstanden, das ich meine Einwilligungserklärung, auf meine medizinischen Daten routinemäßig mit Hilfe von BHIX zuzugreifen, wieder neu an [_____] erteilen kann, indem ich noch einmal eine Einwilligungserklärung der Patienten für die teilnehmenden Versorgungseinrichtungen ausfülle und unterschreibe, und diese bei der teilnehmenden Versorgungseinrichtung bei meinem nächsten Besuch abgebe.
6. Ich habe auch verstanden dass [_____] in Notfällen immer noch in der Lage ist, auf meine medizinischen Daten zuzugreifen, solange ich nicht [_____] noch eine der Einwilligungserklärung der Patienten einreiche, auf der ich angebe Ich Verweigere die Einwilligung. Ich kann von [_____] eine Kopie des Formulars der Einwilligungserklärung für Patienten verlangen, um darauf Einwilligung verweigert anzugeben, wenn ich diesen Widerruf der Einwilligungserklärung einreiche.
7. Ich habe verstanden, dass ich eine Kopie dieses Formulars erhalte, nachdem ich es unterzeichnet habe.

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Geburtsdatum des Patienten

Unterschrift des Patienten
oder dessen gesetzlichen Vertreters

Datum

Name des gesetzlichen Vertreters des Patienten
In Druckbuchstaben (wenn anwendbar)

Verhältnis des gesetzlichen Vertreters zum Patienten