

**Ανάκληση συγκατάθεσης ασθενούς για Οργανισμό Συμμετέχοντα Παρόχου**  
\_\_\_\_\_ (“\_\_\_\_\_”)

Έχω προηγουμένως υπογράψει το Έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς, επιτρέποντας στην [\_\_\_\_\_] να έχει πρόσβαση στις ιατρικές μου πληροφορίες μέσω της Ανταλλαγής πληροφοριών υγείας στο Μπρούκλιν (“BHIX”), .

Κατανοώ ότι με την ανάκληση της συγκατάθεσής μου, η [\_\_\_\_\_] δεν θα μπορεί πλέον να έχει πρόσβαση στις ιατρικές πληροφορίες που με αφορούν μέσω του BHIX.

Εάν υπογράψω αυτή τη φόρμα ως νομικός εκπρόσωπος του ασθενούς, κατανοώ ότι όλες οι αναφορές σε αυτήν τη φόρμα για “εμένα” ή “μου” αναφέρονται στον Ασθενή.

1. Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θα επηρεάσει την ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών που έγινε ενόσω η συγκατάθεσή μου τελούσε εν ισχύ.
2. Η παρούσα ανάκληση της συγκατάθεσης ισχύει μόνο για την [\_\_\_\_\_] και δεν ισχύει για οποιαδήποτε άλλη συγκατάθεση έχει δοθεί σε άλλο Συμμετέχοντα Πάροχο στο BHIX.
3. Ίσως χρειαστούν αρκετές ημέρες για να γίνει η επεξεργασία της ανάκληση της συγκατάθεσης.
4. Κανένας Συμμετέχων Πάροχος δεν θα μου αρνηθεί ιατρική φροντίδα και το δικαίωμά μου να έχω ασφάλιση δεν θα επηρεαστεί από την ανάκληση της συγκατάθεσης.
5. Κατανοώ ότι εάν επιθυμώ να επαναφέρω τη συγκατάθεση μου έτσι ώστε η [\_\_\_\_\_] να έχει πρόσβαση στις ιατρικές μου πληροφορίες μέσω του BHIX, μπορώ να το κάνω υπογράφοντας και συμπληρώνοντας ένα νέο Έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς και παραδίδοντάς το στον Συμμετέχοντα Πάροχο στην επόμενη επίσκεψή μου.
6. Κατανοώ ότι εκτός κι αν υπογράψω και συμπληρώσω ένα νέο Έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς για τη [\_\_\_\_\_] δηλώνοντας την άρνηση συγκατάθεσης, η [\_\_\_\_\_] θα συνεχίσει να έχει πρόσβαση στις ιατρικές μου πληροφορίες μέσω του BHIX σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης. Μπορεί να ζητήσω από την [\_\_\_\_\_] ένα αντίτυπο του Εντύπου συγκατάθεσης ασθενούς έτσι ώστε να αρνηθώ τη συγκατάθεσή μου όταν υποβάλω αυτή την ανάκληση συγκατάθεσης.
7. Κατανοώ ότι θα λάβω ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου αφού το υπογράψω.

\_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο ασθενούς ολογράφως

\_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης ασθενούς

\_\_\_\_\_

Υπογραφή ασθενούς ή νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς

\_\_\_\_\_

Ημερομηνία

\_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς ολογράφως (εάν ισχύει)  
ασθενούς

\_\_\_\_\_

Σχέση του νόμιμου εκπροσώπου του