



טופס ביטול הסכמת חולה לארגון ספק משתתף

( "\_\_\_\_\_")

בעבר חתמתי על טופס הסכמת חולה המאפשר לארגון [\_\_\_\_\_] גישה למידע רפואי באמצעות ברוקלין ארגון למידע רפואית (BHIX).

ידוע לי כי לאחר הביטול, לא תהיה לארגון [\_\_\_\_\_] גישה באופן שגרתי למידע רפואי לגביי.

במידה ואחתום על טופס זה, ידוע לי כי כל התייחסויות ל"אותי" או ל"שלי" מתייחסות לחולה.

1. ביטול ההסכמה לא ישפיע על חילופי המידע בעת שהסכמתי הייתה בתוקף.
2. ביטול הסכמה זה מתייחס לארגון [\_\_\_\_\_] בלבד ואינו מתייחס לכל הסכמה שהיא אשר ניתנה לכל ספק המשתתף ב-BHIX.
3. עיבוד ביטול הסכמתי עשוי להמשיך מספר ימים.
4. אף ספק המשתתף לא יסרב להעניק לי טיפול רפואי, והזכויות הביטוחיות שלי לא תושפענה עקב ביטול הסכמתי.
5. ידוע לי כי אם ברצוני לחדש את הסכמתי לגישה שגרתי של ארגון [\_\_\_\_\_] למידע הרפואי שלי באמצעות BHIX, עלי למלא טופס מחדש הסכמת חולה, ולהחזירו לספק המשתתף בביקור הבא.
6. ידוע לי כי במצבי חירום יוכל ארגון [\_\_\_\_\_] לגשת למידע רפואי לגביי באמצעות BHIX. למעט אם אחתום ואמלא טופס חדש של הסכמת חולה אצל ארגון [\_\_\_\_\_] בו אסמן מסרב. אוכל לבקש עותק של טופס הסכמת חולה מארגון [\_\_\_\_\_] כדי לסרב הסכמה כאשר אגיש את ביטול ההסכמה.
7. ידוע לי כי אקבל עותק מטופס זה לאחר שאחתום עליו.

\_\_\_\_\_  
תאריך לידה של החולה בדפוס

\_\_\_\_\_  
שם החולה באותיות דפוס

\_\_\_\_\_  
חתימת החולה או אפוטרופוס החולה

\_\_\_\_\_  
תאריך

\_\_\_\_\_  
שם אפוטרופוס החולה באותיות דפוס (אם מתאים)

\_\_\_\_\_  
קרבת האפוטרופוס לחולה