



## Отзыв согласия пациента на доступ участвующей организации-провайдера к его (ее) информации в BHIX

\_\_\_\_\_ (“\_\_\_\_\_”)

Ранее я подписал (а) Форму согласия пациента, которая разрешала доступ [\_\_\_\_\_] к моей медицинской информации через «Бруклинский взаимобмен медицинской информацией» (Brooklyn Health Information Exchange, далее BHIX).

Я понимаю, что после отзыва моего согласия [\_\_\_\_\_] больше не сможет регулярно получать обо мне медицинскую информацию через BHIX.

Если я подпишу данную форму как Законный представитель пациента, я понимаю, что все ссылки в данной форме, где в тексте использованы местоимения «меня» и «мой/моя», подразумевают Пациента.

1. Отзыв согласия не повлияет на обмен медицинской информацией, который совершался во время действия моего Согласия.
2. Настоящий Отзыв согласия касается только [\_\_\_\_\_] и не применим к любым другим Согласиям, данным мною другому участвующему в BHIX провайдеру.
3. На оформление моего Отзыва согласия может уйти несколько дней.
4. Ни один из участвующих провайдеров услуг не откажет мне в медицинской помощи и мой Отзыв согласия не повлияет на мое соответствие критериям предоставления мне страхования.
5. Я понимаю, что если я решу восстановить Согласие на предоставление [\_\_\_\_\_] регулярного доступа к моей медицинской информации через BHIX, то я могу просто подписать и заполнить новую Форму согласия пациента и вернуть ее участвующему провайдеру во время моего следующего визита.
6. Я понимаю, что если я не подпишу и не заполню новую Форму согласия пациента в [\_\_\_\_\_], отметив соответствующую графу «не даю согласия», [\_\_\_\_\_] будет иметь возможность доступа к моей медицинской информации через BHIX в чрезвычайной ситуации. Я могу попросить [\_\_\_\_\_] предоставить мне копию Формы согласия пациента для того, чтобы я мог (ла) отказать в согласии, когда я предоставляю настоящую Форму отзыва согласия.
7. Я понимаю, что мне будет предоставлена копия подписанной мною формы.

---

\_\_\_\_\_

Имя пациента печатными буквами

\_\_\_\_\_

Дата рождения пациента

\_\_\_\_\_

Подпись пациента или его законного представителя

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

Имя законного представителя пациента (если применимо)

\_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту его (ее) законный представитель