



## Скасування згоди пацієнта для організації, яка приймає участь у системі ВНІХ

\_\_\_\_\_ (“\_\_\_\_\_”)

Раніше я підписав (підписала) Форму згоди пацієнта, яка дозволяє [\_\_\_\_\_] мати доступ до моєї медичної інформації через систему обміну медичною інформацією Brooklyn Health Information Exchange (“ВНІХ”).

Я розумію, що скасування моєї згоди припинить подальший регулярний доступ [\_\_\_\_\_] до моєї медичної інформації у системі ВНІХ.

Якщо я підписую цю форму як легальний представника пацієнта, я розумію, що усі посилання в цій формі на "мене" мають на увазі пацієнта.

1. Скасування моєї згоди не вплине на обмін медичною інформацією, який мав місце під час дії моєї згоди.
2. Це скасування моєї згоди стосується винятково [\_\_\_\_\_] та не має відношення до будь-якої іншої згоди, яку було надано іншій установі, яка надає медичні послуги у рамках ВНІХ.
3. Обробка мого скасування згоди може зайняти декілька днів.
4. Якщо я вирішу скасувати свою згоду на участь у ВНІХ, жодна з організацій-учасників не має права відмовити мені у наданні медичної допомоги та умови моєї участі у медичному страхуванні не будуть порушені.
5. Я розумію, що якщо я багатиму поновити свою згоду відносно [\_\_\_\_\_] для надання регулярного доступу до моєї медичної інформації у рамках ВНІХ, я можу знову підписати та заповнити Форму згоди пацієнта на участь у системі ВНІХ та повернути цю форму до моєї установи, яка бере участь у програмі, під час мого наступного візиту.
6. Я розумію, що якщо я не підпишу та не заповню нову Форму згоди пацієнта на участь для [\_\_\_\_\_] у якій буде зазначено, що я відмовляю у наданні згоди, [\_\_\_\_\_] буде мати можливість отримувати доступ до моєї медичної інформації в системі ВНІХ за невідкладних медичних обставин. Я можу звернутися до [\_\_\_\_\_] щоб отримати копію Форми згоди пацієнта на участь для того, щоб оформити відмову від згоди під час оформлення скасування своєї згоди.
7. Я розумію, що підписавши цей документ, я отримаю одну копію.

\_\_\_\_\_  
Ім'я пацієнта друкованими літерами  
Print Name of Patient

\_\_\_\_\_  
Дата народження пацієнта  
Patient's Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Підпис пацієнта або легального представника пацієнта  
Signature of Patient or Patient's Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Дата  
Date

\_\_\_\_\_  
Ім'я представника пацієнта друкованими літерами (за наявності)  
Print Name of Patient's Legal Representative (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Відношення представника до пацієнта  
Relationship of Patient's Legal Representative