

UPOWAŻNIENIE DO UJAWNIEŃ DANYCH PACJENTA

Ja, niżej podpisany pacjent (lub przedstawiciel prawny) niniejszym upoważniam Hospital for Special Care do wykorzystania i ujawnienia informacji o zdrowiu, włączając gdzie ma to zastosowanie, informacje dotyczące diagnozy lub leczenia **choroby psychicznej, uzależnienia od narkotyków i/lub alkoholu oraz poufnych informacji dotyczących zakażenia wirusem HIV**, w odniesieniu do:

<u>Dane pacjenta</u>	<u>Strona, która ma otrzymać dane</u>
Imię i nazwisko: _____	Dane mogą zostać ujawnione wskazanej poniżej stronie (lub kategorii osób) oraz przez nią wykorzystane:
Używane nazwisko/Nazwisko panięńskie: _____	Imię i nazwisko/Nazwa: _____
Data urodzenia: ____/____/____	Adres: _____
Adres: _____	Adres e-mail: _____
Adres e-mail: _____	Nr telefonu: _____
Nr telefonu: _____	Nr faksu: _____
Wykorzystanie lub ujawnienie danych odbywa się z powodu:	Format, w jakim strona chce otrzymać* ujawniane dane:
<input type="checkbox"/> Względy medyczne	<input type="checkbox"/> Wersja papierowa <input type="checkbox"/> Na CD/USB
<input type="checkbox"/> Świadczenia dla osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> Faksem
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie <input type="checkbox"/> Względy prawne	<input type="checkbox"/> Pocztą elektroniczną (po potwierdzeniu)
<input type="checkbox"/> Na żądanie pacjenta lub przedstawiciela prawnego	Metoda dostarczenia (wyłącznie w przypadku wersji papierowej lub na CD)
	<input type="checkbox"/> Pocztą na adres wskazany powyżej
	<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w placówce

Terminy leczenia objętego niniejszym Upoważnieniem: Od ____/____/____ Do ____/____/____

Rodzaje danych, które podlegają wykorzystaniu lub ujawnieniu:

[] **Dokumentacja dotycząca opieki długoterminowej** (w tym: Najbliższa rodzina/Przedstawiciel prawny, Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, Dyspozycja pacjenta, Wykaz dolegliwości, Historia zachorowań w rodzinie, Sytuacja socjalna, Alergie/niepożądane reakcje/ostrzeżenia, Leki, Szczepienia, Zabiegi i Karta leczenia szpitalnego)

- | | |
|---|---|
| [] Karta leczenia szpitalnego | [] Terapia logopedyczna |
| [] Zalecenia po wypisie | [] Fizykoterapia |
| [] Wywiad chorobowy i badanie | [] Terapia zajęciowa |
| [] Raporty z konsultacji | [] Uwagi dot. zdrowia psychicznego/behawioralnego |
| [] Uwagi/Ocena przebiegu klinicznego | [] Wykaz dokumentów |
| [] Uwagi dot. zabiegu/Raport z zabiegu | [] Sprawozdanie z zabiegu |
| [] Sprawozdanie histopatologiczne | [] Przegląd historii medycznej w placówce |
| [] Wyniki badań laboratoryjnych | [] Dokumentacja rozliczeniowa |
| [] Wyniki badań radiologicznych | [] Sprawozdanie ustne |
| [] Szczepienia | [] Wyłącznie dokumentacja pacjentów leczonych ambulatoryjnie |

Inne (proszę wskazać): _____

Ograniczenia dotyczące ujawnienia _____

* HSC odradza dostarczanie informacji drogą elektroniczną w sposób niezabezpieczony szyfrowaniem (np. przesłanie na prywatny adres e-mail, płyta CD wysłana pocztą itp.). Osoba podpisująca niniejszy formularz ujawnienia przyjmuje do wiadomości, że ponosi odpowiedzialność za utratę lub nieupoważnione ujawnienie danych, jeśli zażąda od HSC przesłania danych drogą elektroniczną mimo takiego ryzyka.

1. Rozumiem, że niniejsze Upoważnienie wygasa **w terminie, który nastąpi później**: po upływie roku od daty podpisania przeze mnie formularza, po upływie 6 miesięcy od daty wypisania mnie ze szpitala, od daty ostatniego leczenia ambulatoryjnego lub w innym terminie wskazanym tutaj: ____/____/____.
2. Rozumiem, że w dowolnym momencie mogę odwołać niniejsze Upoważnienie, pisemnie powiadamiając Dział zarządzania danymi pacjentów (HIM). Odwołanie Upoważnienia nabiera mocy prawnej w dacie powiadomienia HSC, z wyjątkiem przypadków, w jakich w oparciu o niniejsze Upoważnienie podjęte zostały już działania.
3. Rozumiem, że dane wykorzystywane lub ujawniane na mocy niniejszego Upoważnienia mogą podlegać ponownemu ujawnieniu przez odbiorcę oraz mogą nie podlegać dalszej ochronie przez federalne przepisy o ochronie danych.
4. Rozumiem, że nie muszę podpisywać niniejszego formularza, aby otrzymać leczenie w HSC.
5. Rozumiem, że skopiowanie lub przetworzenie kopii mojej dokumentacji medycznej może wiązać się z opłatą.
6. Jeżeli osoba podpisująca (lub pacjent) jest kombatantem, proszę wskazać tutaj ____; opłata nie obowiązuje, jeśli zgłoszenie dotyczy wniosku o świadczenia lub odwołania od decyzji o przyznaniu świadczeń.

* _____ * _____ * _____
Podpis pacjenta (lub upoważnionego przedstawiciela) Imię i nazwisko drukowanymi literami Data

Pacjent nie jest w stanie złożyć podpisu z powodu: _____

Stopień powiązania z pacjentem: Rodzic Opiekun Kurator Wykonawca testamentu Pełnomocnik

Rodzic lub opiekun prawny pacjenta musi podpisać niniejsze Upoważnienie, jeśli pacjent jest niepełnoletni (nie ma ukończonych 18 lat) lub ma opiekuna prawnego. Osoby niepełnoletnie mogą podpisać własne upoważnienie dotyczące dokumentacji w zakresie leczenia uzależnienia od narkotyków/alkoholu, chorób przenoszonych drogą płciową oraz dotyczących zakażenia wirusem HIV/AIDS, a w określonych przypadkach dokumentacji leczenia chorób psychicznych.

INFORMACJA DLA OBIORCÓW DANYCH — ZAKAZY DOTYCZĄCE PONOWNEGO UJAWNIAANIA

Dokumentacja i komunikacja psychiatryczna:

W przypadku gdy ujawniane dane stanowią komunikację między psychiatrą a pacjentem na mocy prawa stanowego:

Obowiązek zachowania poufności takiej dokumentacji jest nałożony na mocy Rozdziału 899 Prawa ogólnego stanu Connecticut. Przesyłanie takiej dokumentacji bez uzyskania pisemnego upoważnienia, jak określono w przepisach, o których mowa powyżej, jest zabronione.

Dokumentacja dotycząca uzależnienia od narkotyków i alkoholu:

W przypadku gdy ujawniane dane są chronione na mocy Przepisów Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych USA dotyczących dokumentacji pacjenta w zakresie leczenia uzależnienia od narkotyków i alkoholu:

Takie dane zostały ujawnione odbiorcy na podstawie dokumentacji chronionej na mocy Federalnych przepisów prawa dot. poufności (42 CFR Część 2). Federalne przepisy prawa zakazują dalszego ujawniania takich informacji, chyba że takie dalsze ujawnienie jest wyraźnie dopuszczone na mocy pisemnej zgody od osoby, do której informacje należą, lub dopuszczone na mocy 42 CFR Część 2. Ogólne upoważnienie do ujawnienia danych medycznych lub innych NIE jest wystarczające dla tych celów. Federalne przepisy prawa ograniczają wykorzystanie informacji w celu wszczęcia postępowania karnego lub wniesienia oskarżenia przeciwko pacjentowi uzależnionemu od narkotyków lub alkoholu.

Dane dotyczące zakażenia wirusem HIV:

W przypadku gdy ujawnione informacje stanowią informacje dotyczące zakażenia wirusem HIV na mocy przepisów prawa stanu Connecticut (CGS 19a-585(a)):

Takie dane zostały ujawnione odbiorcy na podstawie dokumentacji, której poufność chroniona jest przez prawo stanowe. Przepisy prawa stanowego zakazują dalszego ujawniania takich informacji, chyba że takie dalsze ujawnienie jest wyraźnie dopuszczone na mocy pisemnej zgody od osoby, do której informacje należą, lub dopuszczone na mocy danego prawa stanowego. Ogólne upoważnienie do ujawnienia danych medycznych lub innych NIE jest wystarczające dla tych celów.

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU PRZEZ BIURO HIM

Numer ID wnioskodawcy na podstawie: _____ MRN: _____ Data wysłania kopii: _____

Pacjent lub przedstawiciel pacjenta musi otrzymać kopię niniejszego formularza.

PACJENT ODWOŁAŁ NINIEJSZE UPOWAŻNIENIE DNIA ____/____/____. Odnotowane przez: _____