



ZEZWOLENIE NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI MEDYCZNYCH PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKIEM

Upoważniam każdy plan ubezpieczeń zdrowotnych, każdego lekarza, pracownika służby zdrowia, każdy szpital, przychodnię, laboratorium, aptekę, placówkę medyczną oraz każdego innego pracownika służby zdrowia, którzy zapewnili mi lub w moim imieniu płatność, leczenie lub usługi do:

UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI POCHODZĄCYCH Z MOICH AKT MEDYCZNYCH I WYSŁANIA ICH DO:

Oak Street Health –

phone:
fax:

Oak Street Health – Medical Records

1520 Kensington Rd Suite 310
Oak Brook, IL 60523

phone:
fax: 773-437-6797

Ponadto, upoważniam do przetwarzania danych z moich akt medycznych z programu Medicare Blue Button, który obejmuje wszelkie dane, w tym dane rachunków medycznych, badań zapobiegawczych, historię rachunków medycznych i leków na receptę, informacje pochodzące od pacjenta, informacje o lekach, dane osób do kontaktu w nagłych wypadkach, historię chorób w rodzinie, dane dotyczące aptek, ubezpieczenia, dostawców opieki zdrowotnej, zgłoszone przez pacjenta informacje zdrowotne. Niniejszym dokumentuję moją zgodę na udostępnienie tych akt medycznych oraz upoważniam Oak Street Health do ich wykorzystania.

Autoryzuję udostępnienie moich akt medycznych wyżej wymienionym lekarzom zgodnie z poniższymi ograniczeniami (jeśli dotyczy):

BEZ OGRANICZEŃ: W tym dane dot. HIV / nadużywania substancji uzależniających / zaburzeń psychicznych lub behawioralnych

OGRANICZENIA: Proszę zaznaczyć rodzaj informacji, na których udostępnienie nie wydadzą Państwo zgody:

HIV/AIDS

ZABURZENIA BEHAVIORALNE (NADUŻYWANIE SUBSTACJI I ZDROWIE PSYCHICZNE)

SZCZEGÓŁOWE DANE:

LABORATORYJNE

RAPORTY OPERACYJNE

INNE

Cel pozyskania informacji medycznych:

KONTYNUACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ DO UŻYTKU PRYWATNEGO RENTA INWALIDZKA

INNY (PROSZĘ WYJAŚNIĆ): _____

Rozumiem, że w dowolnym momencie mogę cofnąć niniejsze upoważnienie, zgłaszając to w formie pisemnej do Oak Street Health, oprócz sytuacji, w której OSH podjęło kroki, polegając na niniejszym upoważnieniu, to upoważnienie zostało pozyskane jako warunek otrzymania ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczyciel zakwestionował rachunek medyczny w ramach polisy ubezpieczeniowej. Jeżeli to upoważnienie nie zostanie wcześniej wycofane, straci ono ważność w momencie zakończenia współpracy pacjenta z Oak Street Health.

Rozumiem, że Oak Street Health nie będzie warunkować leczenia lub kwalifikacji do opieki udzieleniem niniejszego upoważnienia, z wyjątkiem przypadków, gdy taka opieka jest związana z badaniami naukowymi lub dostarczona wyłącznie w celu utworzenia Chronionych Informacji Zdrowotnych w celu udostępnienia ich osobom trzecim.

Rozumiem, że informacje ujawnione dzięki temu upoważnieniu mogą zostać ujawnione ponownie przez ich odbiorcę i mogą nie być już wtedy chronione przez te akty prawne: Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule [45 Code of Federal Regulations, Part 164] oraz Privacy Act of 1974 [5 United States Code (U.S.C.) 552a].

PODPIS PACJENTA: _____

DATA: _____