

Upoważnienie do ujawnienia informacji na temat stanu zdrowia (w tym dotyczących leczenia uzależnień od alkoholu/narkotyków oraz zdrowia psychicznego) oraz informacji poufnych związanych z HIV/AIDS

| | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------------|
| Imię i nazwisko pacjenta | Data urodzenia | Numer identyfikacyjny pacjenta |
| Adres pacjenta | | |

Ja lub mój upoważniony przedstawiciel, proszę, aby informacje na temat stanu zdrowia związane z opieką nade mną i moim leczeniem, były ujawniane zgodnie z treścią niniejszego formularza. Rozumiem, że:

- Niniejsze upoważnienie może obejmować ujawnianie informacji dotyczących LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU i NARKOTYKÓW, ZDROWIA PSYCHICZNEGO oraz INFORMACJI POUFNYCH ZWIĄZANYCH Z HIV/AIDS wyłącznie po podpisaniu przeze mnie inicjałami odpowiedniego wiersza w punkcie 8. Jeżeli opisane poniżej informacje na temat stanu zdrowia obejmują którekolwiek z tych rodzajów informacji i podpiszę inicjałami wiersz w polu w punkcie 8, oznacza to moje konkretne upoważnienie do ujawnienia takich informacji osobom wskazanym w punkcie 6.
- Z pewnymi wyjątkami ujawnione informacje na temat stanu zdrowia mogą zostać ujawnione ponownie przez odbiorcę. Jeżeli wyrażam zgodę na ujawnienie informacji związanych z HIV/AIDS, dotyczących leczenia uzależnień od alkoholu i narkotyków lub zdrowia psychicznego, odbiorcy nie wolno ujawniać ponownie takich informacji ani wykorzystywać ujawnionych informacji do żadnych innych celów bez mojego upoważnienia, chyba że zezwala na to prawo federalne bądź stanowe. Jeżeli spotkam się z dyskryminacją wskutek ujawnienia informacji związanych z HIV/AIDS, mogę skontaktować się z Wydziałem ds. Praw Człowieka Stanu Nowy Jork (New York State Division of Human Rights) pod numerem telefonu 1-888-392-3644. Urząd ten jest odpowiedzialny za ochronę moich praw.
- Przysługuje mi prawo do odwołania tego upoważnienia w dowolnym momencie, w formie pisma skierowanego do świadczeniodawcy wskazanego poniżej w punkcie 5. Rozumiem, że odwołanie tego upoważnienia nie obejmuje działań już podjętych na jego podstawie.
- Podpisanie tego upoważnienia jest dobrowolne. Rozumiem, że moje leczenie, płatności, rejestracja w planie ubezpieczenia medycznego ani przysługujące mi świadczenia nie będą z zasady zależały od tego, czy udzieliłem upoważnienia w odniesieniu do ujawniania takich informacji. Rozumiem też jednak, że niepodpisanie tej zgody może w pewnych okolicznościach skutkować odmową leczenia.

| | | |
|---|--|----------|
| 5. Nazwa i adres świadczeniodawcy lub podmiotu ujawniającego te informacje: | | |
| 6. Imiona i nazwiska oraz adresy osób, którym te informacje zostaną ujawnione: | | |
| 7. Cel ujawnienia informacji: | | |
| 8. Jeżeli nie odwołam uprzednio upoważnienia, poniższe informacje mogą być ujawniane od: _____ do _____ <small>WSTAWIĆ DATĘ POCZĄTKOWĄ</small> <small>WSTAWIĆ DATĘ WYGAŚNIĘCIA LUB ZDARZENIE</small> | | |
| <input type="checkbox"/> Wszystkie informacje na temat stanu zdrowia (pisemne i ustne) z wyjątkiem poniższych: | | |
| Wskaż poniżej określone informacje do ujawnienia i podpisz inicjałami. | | |
| <input type="checkbox"/> Dokumentacja z programów leczenia uzależnień od alkoholu/narkotyków | Informacje do ujawnienia | Inicjały |
| <input type="checkbox"/> Dokumentacja kliniczna z programów zdrowia psychicznego* | | |
| <input type="checkbox"/> Informacje dotyczące HIV/AIDS | | |
| 9. Imię i nazwisko osoby niebędącej pacjentem, która podpisuje formularz: | 10. Upoważnienie do podpisania w imieniu pacjenta: | |

Wszystkie pozycje w niniejszym formularzu zostały wypełnione, udzielono mi odpowiedzi na temat niniejszego formularza i przekazano mi jego kopię.

PODPIS PACJENTA LUB PRAWNIE UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA

DATA

Oświadczenie/podpis świadka: Byłem(-am) świadkiem podpisania niniejszego upoważnienia i oświadczam, że kopia podpisanego upoważnienia została przekazana pacjentowi i/lub upoważnionemu przedstawicielowi pacjenta.

IMIĘ I NAZWISKO ORAZ STANOWISKO PRACOWNIKA

PODPIS

DATA

Niniejszy formularz może być stosowany zamiast DOH-2557 i został zatwierdzony przez Biuro ds. Zdrowia Psychicznego Stanu Nowy Jork (NYS Office of Mental Health) oraz Biuro ds. Usług Związanych z Alkoholem i Nadużywaniem Substancji Stanu Nowy Jork (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse) na potrzeby udzielania zezwoleń na ujawnianie informacji na temat stanu zdrowia pacjentów. Formularz ten nie wymaga jednak od świadczeniodawców medycznych udostępniania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Informacjom dotyczącym leczenia uzależnień od alkoholu/narkotyków oraz poufnych informacjom dotyczącym HIV, które są ujawniane za pośrednictwem tego formularza, muszą towarzyszyć wymagane oświadczenia o zakazie ponownego ujawniania.

* Uwaga: informacja z dokumentacji klinicznej dotyczącej zdrowia psychicznego można udostępnić na podstawie niniejszego upoważnienia osobom wskazanym w niniejszym formularzu, które mają uzasadnioną potrzebę uzyskania tych informacji, pod warunkiem że nie istnieją uzasadnione obawy, że ujawnienie może zaszkodzić pacjentowi bądź innej osobie.