

Zgoda pacjenta na udział w wymianie informacji medycznych HEALTHeLINK Poziom 1 – Zgoda dla wielu świadczeniodawców/wielu płatników

Prosimy o dokładne zapoznanie się z poniższymi informacjami przed podjęciem decyzji.

Korzystając z tego Formularza Zgody, może Pan/Pani zezwolić Uczestniczającym Świadczeniodawcom i Płatnikom HEALTHeLINK („Uczestnicy”) zaangażowanym w opiekę nad Panem/Panią na wgląd i dostęp do Pana/Pani elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby leczenia i/lub zarządzania opieką. Może Pan/Pani wypełnić formularz teraz lub później. Zgodę można udzielić lub odmówić jej dla niektórych lub wszystkich Uczestników. Pełen wykaz Uczestników znajduje się pod adresem: www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/Participants. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących wypełnienia tego formularza należy wejść na stronę www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent. Jeżeli nie ma Pan/Pani dostępu do Internetu, a chciał(a)by otrzymać wykaz Uczestników lub uzyskać pomoc w wypełnieniu formularza, prosimy o kontakt pod numerem (716) 206-0993 wew. 311. **Pana/Pani decyzja nie będzie miała negatywnego wpływu na możliwość uzyskania opieki medycznej ani na zakres ubezpieczenia zdrowotnego. Pana/Pani decyzja o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody nie może być podstawą do odmowy świadczenia usług medycznych.**

W tym Formularzu Zgody może Pan/Pani wskazać, czy chce zezwolić Uczestnikom na dostęp do Pana/Pani dokumentacji medycznej za pośrednictwem sieci komputerowej prowadzonej przez HEALTHeLINK, która jest częścią stanowej medycznej sieci komputerowej. Pomaga ona gromadzić dokumentację medyczną prowadzoną w różnych placówkach udzielających Panu/Pani świadczeń medycznych i udostępniać ją elektronicznie Uczestnikom świadczącym usługi na Pana/Pani rzecz.

**P
R
O
S
Z
Ę

W
Y
B
R
A
Ć

J
E
D
N
Ą

O
P
C
J
Ę**

TAK

WYRAŻAM ZGODĘ, by wszyscy Uczestnicy zaangażowani w opiekę nade mną mieli dostęp do WSZYSTKICH elektronicznych informacji medycznych na mój temat za pośrednictwem HEALTHeLINK. Zaznaczając to pole, wyraża Pan/Pani zgodę o następującej treści: „Tak, pracownicy zaangażowani w opiekę nade mną, w tym w opiekę doraźną, poprawę jakości, zarządzanie opieką i czynności poprzedzające wydanie zgody u wszystkich Uczestników mieli wgląd i dostęp do wszelkiej mojej dokumentacji medycznej za pośrednictwem HEALTHeLINK”.

TAK

WYRAŻAM ZGODĘ, by wszyscy Uczestnicy zaangażowani w opiekę nade mną mieli dostęp do WSZYSTKICH elektronicznych informacji medycznych na mój temat za pośrednictwem HEALTHeLINK z wyjątkiem następujących Uczestników:

Z WYJĄTKIEM

Nazwa Uczestnika

Adres i nr telefonu Uczestnika

Wskazani Uczestnicy nie mogą mieć dostępu do moich elektronicznych informacji medycznych za pośrednictwem HEALTHeLINK **Z WYJĄTKIEM nagłych przypadków.** Jeżeli zdecydował/a Pan/Pani o wyłączeniu określonych Uczestników, jest Pan/Pani **zobowiązany/a** do skontaktowania się z HEALTHeLINK pod numerem (716)206-0993 wew. 311 w celu zweryfikowania formularza. Jeżeli chce Pan/Pani wykluczyć kolejnych Uczestników, należy wskazać ich w Formularzu Wykluczenia Uczestników, który następnie należy dołączyć do tego formularza. Formularz Wykluczenia Uczestników można znaleźć pod adresem www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent. Jeżeli dołączył/a Pan/Pani Formularz Wykluczenia Uczestników, proszę zaznaczyć to pole.

NIE

NIE WYRAŻAM ZGODY, by wszyscy Uczestnicy zaangażowani w opiekę nade mną mieli dostęp do elektronicznych informacji medycznych na mój temat za pośrednictwem HEALTHeLINK Z WYJĄTKIEM nagłych przypadków. Zaznaczając to pole, wyraża Pan/Pani zgodę o następującej treści: „Nie, żaden z Uczestników nie może mieć dostępu do mojej dokumentacji medycznej za pośrednictwem HEALTHeLINK, chyba że jest to nagły przypadek”.

Z WYJĄTKIEM

NIE

NIE WYRAŻAM ZGODY, by wszyscy Uczestnicy zaangażowani w opiekę nade mną mieli dostęp do elektronicznych informacji medycznych na mój temat za pośrednictwem HEALTHeLINK, W TYM RÓWNIEŻ w nagłych przypadkach.

NIGDY

UWAGA: O ile nie zaznaczy Pan/Pani opcji „NIE, NIGDY”, stan Nowy Jork będzie zezwalał osobom prowadzącym Pana/Pani leczenie w nagłych przypadkach na dostęp do Pana/Pani dokumentacji medycznej, w tym do dokumentacji dostępnej za pośrednictwem HEALTHeLINK.

PACJENT/PREDSTAWICIEL PRAWNY			
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>			
Nazwisko pacjenta:			
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
Imię pacjenta:			
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta </div> </div>			
Data urodzenia pacjenta:			
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
Adres pacjenta:			
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div> </div>			
Miejscowość			Stan
			Kod pocztowy
Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta			Data podpisania
Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego pacjenta drukowanymi literami (jeśli dotyczy)			
Stosunek prawny przedstawiciela prawnego wobec pacjenta (jeśli dotyczy)			
<input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> pełnomocnik ds. medycznych <input type="checkbox"/> opiekun <input type="checkbox"/> inne _____			

Zgoda dla podmiotu odebrana przez _____

ŚWIADEK*

* Jeżeli NIE wypełnia Pan/Pani tego formularza w biurze Uczestnika, musi Pan/Pani mieć świadka, który poda poniżej wymagane informacje.

Imię i nazwisko świadka drukowanymi literami

Podpis świadka

Stosunek prawny świadka do pacjenta (np. małżonek, syn, sąsiad itp.)

HEALTHeLINK jest organizacją typu *not-for-profit*. Udziela ona w bezpieczny sposób informacji elektronicznych na temat stanu zdrowia pacjentów, mając na celu poprawę jakości usług medycznych. Tego rodzaju sposób udostępniania informacji nazywany jest e-zdrowiem lub informatyką medyczną (IT medyczne). Więcej informacji na temat e-zdrowia w stanie Nowy Jork można znaleźć w broszurze „Better Information Means Better Care” [Lepsze informacje to lepsza opieka]. Można ją otrzymać od Uczestnika lub znaleźć na stronie www.ehealth4ny.org

Szczegółowy opis informacji o pacjencie w sieci HEALTHeLINK oraz o procedurze udzielania zgody:

1. W jaki sposób będą wykorzystywane informacje na Pana/Pani temat:

Informacje elektroniczne na Pana/Pani temat będą wykorzystywane przez zatwierdzonych przez Pana/Panią Uczestniczących Świadczeniodawców **wyłącznie** w celu:

- zapewnienia Panu/Pani leczenia oraz związanych z nim usług,
- sprawdzenia, czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie zdrowotne i jaki jest jego zakres,
- dokonywania oceny i podnoszenia jakości opieki medycznej świadczonej wszystkim pacjentom.

Elektroniczne informacje medyczne na Pana/Pani temat będą wykorzystywane przez zatwierdzonych przez Pana/Panią **Płatników wyłącznie** na potrzeby:

- **działań związanych z poprawą jakości** – obejmują one ocenę i poprawę jakości działania podmiotów zrzeszonych przez ubezpieczyciela medycznego;
- **działań związanych z zarządzaniem opieką** – obejmują one udzielanie Panu/Pani pomocy w uzyskaniu odpowiedniej opieki medycznej, koordynowanie świadczenia wielu usług medycznych na Pana/Pani rzecz, a także wspieranie Pana/Pani w przestrzeganiu planu opieki medycznej;
- **czynności poprzedzających wydanie zgody** – obejmują one analizę i ocenę informacji medycznych w celu wstępnego zatwierdzenia usług wnioskowanych przez Pana/Panią lub podmiot świadczący Panu/Pani usługi medyczne.

UWAGA: Decyzja podjęta w tym Formularzu Zgody NIE pozwala ubezpieczycielom medycznym na dostęp do informacji na Pana/Pani temat w celu podjęcia decyzji o przyznaniu ubezpieczenia zdrowotnego lub pokrycia rachunków za leczenie. Tę decyzję może Pan/Pani wyrazić na osobnym Formularzu Zgody, z którego muszą korzystać ubezpieczyciele medyczni.

2. Jakiego rodzaju informacji na Pana/Pani temat dotyczy zgoda. W przypadku wyrażenia zgody zatwierdzeni przez Pana/Panią Uczestnicy będą mieli dostęp do WSZYSTKICH elektronicznych informacji medycznych na Pana/Pani temat za pośrednictwem HEALTHeLINK. Dotyczy to informacji utworzonych zarówno przed podpisaniem tego Formularza Zgody, jak i po jego podpisaniu. Pana/Pani dokumentacja medyczna może zawierać historię chorób lub urazów z przeszłości (np. cukrzyca lub złamanie kości), wyniki badań (np. prześwietleń lub badań krwi) oraz listę przyjmowanych leków. Informacje te mogą dotyczyć przypadków wrażliwych, takich jak między innymi:

- problemy z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków,
- HIV/AIDS,
- antykoncepcja i aborcja (planowanie rodziny),
- choroby dziedziczne lub testy genetyczne,
- choroby psychiczne,
- choroby przenoszone drogą płciową.

3. Skąd pochodzą informacje medyczne na Pana/Pani temat. Informacje na Pana/Pani temat pochodzą z placówek, które udzielały Panu/Pani opieki medycznej lub ubezpieczenia zdrowotnego („Źródła Informacji”). Źródłami informacji mogą być szpitale, lekarze, apteki, laboratoria diagnostyczne, ubezpieczyciele zdrowotni, program Medicaid oraz inne organizacje e-zdrowia, które prowadzą elektroniczną wymianę informacji medycznych. Pełen wykaz bieżących Źródeł Informacji prowadzi HEALTHeLINK. Aktualną listę może Pan/Pani uzyskać na stronie internetowej HEALTHeLINK pod adresem www.wnyhealthlink.com lub pod numerem telefonu 716206-0993 wew. 311.

4. Kto w przypadku wyrażenia zgody uzyska dostęp do informacji na Pana/Pani temat. Jedynie następujące osoby będą miały dostęp do informacji na Pana/Pani temat: lekarze i inni pracownicy medyczni zatwierdzonego Uczestniczącego Świadczeniodawcy, którzy są zaangażowani w świadczenie Panu/Pani opieki medycznej; świadczeniodawcy medyczni, którzy występują w zastępstwie lub dyżurują za lekarzami zatwierdzonych Uczestniczących Świadczeniodawców, a także pracownicy zatwierdzonych Uczestników prowadzący czynności dopuszczone tym Formularzem Zgody zgodnie z opisem w pkt. 1. Pełen wykaz Uczestników można uzyskać od HEALTHeLINK pod adresem: www.wnyhealthlink.com lub numerem telefonu 716-206-0993 wew. 311.

5. Kary za niewłaściwy dostęp lub wykorzystanie informacji na Pana/Pani temat. Za niewłaściwy dostęp lub wykorzystanie elektronicznych informacji medycznych grożą określone kary. Jeżeli w którymkolwiek momencie nabierze Pan/Pani podejrzenia, że niepowołana osoba widziała Pana/Pani dane lub uzyskała do nich dostęp, należy zwrócić się do jednego z zatwierdzonych przez Pana/Panią Uczestników o dostęp do naszej dokumentacji, odwiedzić stronę internetową HEALTHeLINK pod adresem: www.wnyhealthlink.com lub zadzwonić do HEALTHeLINK pod numer 716206-0993 wew. 311 albo do Wydziału Zdrowia NYS pod numer 877-690-2211.

6. Ponowne ujawnienie informacji. Wszelkie elektroniczne informacje medyczne na Pana/Pani temat mogą być ponownie ujawniane innym osobom wyłącznie w zakresie dozwolonym przez stanowe i federalne przepisy ustawowe i wykonawcze. Dotyczy to także informacji medycznych na Pana/Pani temat sporządzonych w formie papierowej. Niektóre przepisy stanowe i federalne zapewniają specjalną ochronę niektórym rodzajom wrażliwych informacji medycznych, w tym informacjom dotyczącym zakażenia wirusem HIV/AIDS oraz leczenia z uzależnień od narkotyków i alkoholu. Szczególne wymagania zawarte w przepisach obowiązują za każdym razem, gdy dana osoba otrzymuje tego rodzaju wrażliwe informacje. HEALTHeLINK oraz osoby mające dostęp do tych informacji za pośrednictwem HEALTHeLINK są zobowiązane do przestrzegania tych wymagań.

7. Okres obowiązywania. Ten Formularz Zgody będzie obowiązywał do momentu wycofania zgody przez Pana/Panią lub do momentu zaprzestania działalności przez HEALTHeLINK.

8. Wycofanie zgody. Swoją zgodę może Pan/Pani wycofać w dowolnym momencie poprzez podpisanie Formularza Wycofania Zgody i przekazanie go jednemu z Uczestników. Swoją decyzję na temat udzielenia zgody może Pan/Pani również zmienić w dowolnej chwili poprzez podpisanie nowego Formularza Zgody. Formularze te może Pan/Pani znaleźć na stronie internetowej HEALTHeLINK pod adresem www.wnyhealthlink.com lub uzyskać je pod numerem 716-206-0993 wew. 311.

Uwaga: Organizacje mające dostęp do Pana/Pani informacji medycznych za pośrednictwem HEALTHeLINK w okresie obowiązywania Pana/Pani zgody mogą kopiować lub umieszczać Pana/Pani informacje we własnej dokumentacji medycznej. Nawet jeżeli później postanowi Pan/Pani wycofać swoją zgodę, placówki te nie mają obowiązku zwracać tych informacji ani usuwać ich z własnej dokumentacji.

9. Kopia formularza. Jest Pan/Pani uprawniony/a do otrzymania kopii Formularza po jego podpisaniu.