

<b>Imię pacjenta</b>																		
<b>Nazwisko pacjenta</b>																		
<b>Data urodzenia</b>	<b>Adres pacjenta</b>	<b>Płeć</b>																
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">R</td> </tr> </table>									M	M	D	D	R	R	R	R	Ulica _____ Nr lokalu _____ _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____	<input type="checkbox"/> mężczyzna  <input type="checkbox"/> kobieta
M	M	D	D	R	R	R	R											

Proszę o udostępnianie informacji medycznych związanych z opieką nad mną i moim leczeniem zgodnie z postanowieniami niniejszego formularza. Mogę zdecydować, czy zezwolić Uczestniczącym Usługodawcom i Płatnikom HEALTHeLINK („Uczestnicy”) zaangażowanym w opiekę nad mną na uzyskanie dostępu do mojej dokumentacji medycznej za pośrednictwem organizacji wymiany informacji medycznych pod nazwą HEALTHeLINK. Jeżeli udzielię zgody, wówczas moja dokumentacja medyczna z różnych placówek, w których korzystam z opieki lekarskiej, będzie dostępna za pośrednictwem stanowej sieci komputerowej. HEALTHeLINK jest organizacją not-for-profit, która udostępnia informacje na temat zdrowia pacjentów drogą elektroniczną i spełnia normy prywatności i bezpieczeństwa HIPAA oraz przepisy prawa stanu Nowy Jork. Aby dowiedzieć się więcej, odwiedź stronę internetową HEALTHeLINK: <http://wnyhealthelink.com>.

Wybory dokonane przeze mnie w niniejszym formularzu NIE będą miały wpływu na możliwość uzyskania przeze mnie opieki medycznej. Wybory dokonane przeze mnie w niniejszym formularzu NIE pozwalają ubezpieczycielom medycznym na dostęp do moich informacji w celu podjęcia decyzji o przyznaniu mi ubezpieczenia medycznego lub pokryciu moich rachunków za leczenie.

<b>W Y B I E R Z J E D N A  O P C J Ę</b>	<b>Moja decyzja na temat zgody. Tylko JEDNO pole zostało zaznaczone po lewej stronie od dokonanego przeze mnie wyboru. Mogę wypełnić formularz teraz lub w przyszłości. Mogę również zmienić swoją decyzję w dowolnym momencie, wypełniając nowy formularz.</b>			
	<input type="checkbox"/> <b>1. TAK</b>	<b>WYRAŻAM ZGODĘ</b> na dostęp wszystkich obecnych i przyszłych Uczestników zaangażowanych w opiekę nad mną do WSZYSTKICH elektronicznych informacji o moim zdrowiu za pośrednictwem HEALTHeLINK.		
	<input type="checkbox"/> <b>2. TAK, Z WYJĄTKIEM OKREŚLONYCH UCZESTNIKÓW</b>	<b>WYRAŻAM ZGODĘ</b> na dostęp wszystkich obecnych i przyszłych Uczestników zaangażowanych w opiekę nad mną do WSZYSTKICH elektronicznych informacji o moim zdrowiu za pośrednictwem HEALTHeLINK, <b>Z WYJĄTKIEM</b> poniżej wskazanych Uczestników. Nazwa Uczestnika (placówka Usługodawcy): _____ Adres lub numer telefonu Uczestnika: _____ <table style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<input type="checkbox"/> <b>3. TAK, TYLKO OKREŚLENI UCZESTNICZY</b>	<b>WYRAŻAM ZGODĘ</b> na dostęp <b>WYŁĄCZNIE</b> wskazanych poniżej Uczestników do WSZYSTKICH elektronicznych informacji o moim zdrowiu za pośrednictwem HEALTHeLINK. Nazwa Uczestnika (placówka Usługodawcy): _____ Adres lub numer telefonu Uczestnika: _____ <table style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
<input type="checkbox"/> <b>4. NIE, Z WYJĄTKIEM PRZYPADKÓW NAGŁYCH</b>	<b>NIE WYRAŻAM ZGODY</b> na dostęp obecnych i przyszłych Uczestników do elektronicznych informacji o moim zdrowiu za pośrednictwem HEALTHeLINK, <b>Z WYJĄTKIEM NAGŁYCH PRZYPADKÓW MEDYCZNYCH.</b>			
<input type="checkbox"/> <b>5. NIE, NAWET W NAGŁYCH PRZYPADKACH</b>	<b>NIE WYRAŻAM ZGODY</b> na dostęp obecnych i przyszłych Uczestników do elektronicznych informacji o moim zdrowiu za pośrednictwem HEALTHeLINK w dowolnym celu, <b>nawet</b> w nagłych przypadkach medycznych.			

Rozumiem, że moje informacje mogą zostać udostępnione w nagłym przypadku medycznym, chyba że wypełnię niniejszy formularz i zaznaczę pole nr 5, w którym nie wyrażam zgody na dostęp do informacji nawet w nagłym przypadku medycznym.

Rozumiem, że zgodnie z moją wolą HEALTHeLINK zobowiązane jest do przekazania mi listy ujawnionych elektronicznych informacji medycznych zgodnie z warunkami niniejszego formularza.

Otrzymałem/-am odpowiedzi na pytania dotyczące niniejszego formularza oraz jego egzemplarz na żądanie.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta  <b>X</b> _____	Data podpisania <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">R</td> </tr> </table>									M	M	D	D	R	R	R	R
M	M	D	D	R	R	R	R										

<b>Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego pacjenta drukowanymi literami (jeśli dotyczy)</b>  _____
<b>Stopień pokrewieństwa przedstawiciela prawnego z pacjentem (jeżeli dotyczy)</b> <input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Przedstawiciel/pełnomocnik ds. medycznych <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny _____

<b>This Box To Be Filled Out Only By The Provider / To pole wypełnia wyłącznie usługodawca</b>  _____ Entity Consent Received by / Zgodę podmiotu otrzymał/-a
--

<b>Witness / Świadek*</b> *Required if NOT completing this form in a Participant's office. / Wymagany, jeżeli pacjent NIE wypełnia formularza w placówce Uczestnika.  <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                 _____                  Print Name of Witness / Imię i nazwisko świadka                  drukowanymi literami             </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                 _____                  Signature of Witness / Podpis                  świadka             </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; margin-top: 10px;">                 _____                  Relationship of Witness to Patient (ex., spouse, son, neighbor, etc.) / Pokrewieństwo świadka z                  pacjentem (np. małżonek, syn, sąsiad itp.)             </td> </tr> </table>	_____ Print Name of Witness / Imię i nazwisko świadka drukowanymi literami	_____ Signature of Witness / Podpis świadka	_____ Relationship of Witness to Patient (ex., spouse, son, neighbor, etc.) / Pokrewieństwo świadka z pacjentem (np. małżonek, syn, sąsiad itp.)	
_____ Print Name of Witness / Imię i nazwisko świadka drukowanymi literami	_____ Signature of Witness / Podpis świadka			
_____ Relationship of Witness to Patient (ex., spouse, son, neighbor, etc.) / Pokrewieństwo świadka z pacjentem (np. małżonek, syn, sąsiad itp.)				

## Szczegółowy opis informacji na temat pacjenta w systemie HEALTHeLINK oraz procedury wyrażenia zgody:

- Sposób wykorzystania twoich informacji.** Z ograniczonymi wyjątkami jeżeli wyrazisz zgodę, zatwierdzeni przez Ciebie Uczestnicy mogą wykorzystywać elektroniczne informacje o Twoim zdrowiu **wyłącznie** w celu świadczenia następujących usług opieki zdrowotnej:
    - **Leczenie.** Zapewnienie Ci leczenia i usług pokrewnych.
    - **Weryfikacja ubezpieczenia.** Sprawdzenie, czy masz ubezpieczenie zdrowotne i jakie usługi ono obejmuje.
    - **Czynności związane z zarządzaniem opieką.** Obejmują one pomoc w uzyskaniu przez Ciebie odpowiedniej opieki medycznej, poprawę jakości świadczonych Ci usług, koordynację świadczenia szeregu usług opieki zdrowotnej oraz wspieranie Cię w przestrzeganiu planu opieki medycznej.
    - **Czynności mające na celu poprawę jakości.** Ocena i poprawa jakości opieki medycznej zapewnianej Tobie i wszystkim pacjentom.
  - Informacje o Tobie dostępne w systemie.** Jeżeli wyrazisz zgodę, zatwierdzeni przez Ciebie Uczestnicy będą mogli uzyskać dostęp do WSZYSTKICH elektronicznych informacji o Twoim zdrowiu dostępnych za pośrednictwem HEALTHeLINK. Należą do nich informacje utworzone przed datą podpisania niniejszego formularza zgody oraz po tym terminie. Twoja dokumentacja medyczna może obejmować historię poprzednich chorób lub urazów (np. cukrzycy lub złamania kości), wyniki badań (np. prześwietlenia lub badania krwi) oraz wykaz przyjmowanych przez Ciebie leków. Informacje te mogą dotyczyć wrażliwych schorzeń, między innymi takich jak:
    - problemy z nadużywaniem alkoholu lub zażywaniem narkotyków,
    - HIV/AIDS,
    - antykoncepcja i aborcja (planowanie rodziny),
    - choroby genetyczne (dziedziczne) lub testy genetyczne,
    - choroby psychiczne,
    - choroby przenoszone drogą płciową.
- Jeżeli byłeś/-aś leczony/-a z powodu uzależnienia od alkoholu/narkotyków, Twoja dokumentacja może zawierać informacje na temat diagnozy uzależnienia od alkoholu/narkotyków, leków i dawkowania, badań laboratoryjnych, alergii, historii zażywania substancji psychoaktywnych, historii urazów, wypisów ze szpitala, zatrudnienia, sytuacji życiowej i pomocy społecznej, a także historii roszczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.
- Źródła informacji o Twoim zdrowiu.** Informacje na temat Twojego zdrowia pochodzą z placówek, które świadczyły Ci usługi opieki zdrowotnej lub usługi ubezpieczenia zdrowotnego („Źródła informacji”). Mogą to być szpitale, lekarze, apteki, laboratoria kliniczne, ubezpieczyciele oferujący ubezpieczenia zdrowotne, program Medicaid oraz inne organizacje eHealth wymieniające się elektronicznie informacjami. Pełen wykaz bieżących źródeł informacji jest dostępny w HEALTHeLINK pod adresem: <http://wnyhealthelink.com> lub pod numerem: 716-206-0993 wew. 103.
  - Kto może mieć dostęp do Twoich informacji w przypadku wyrażenia zgody.** Wyłącznie lekarze i inny personel Uczestników, którym udzieliłeś zgodę na dostęp i którzy realizują czynności dopuszczone w niniejszym formularzu zgodnie z opisem podanym w paragrafie pierwszym. Twoje informacje mogą być także udostępniane bez Twojej wiedzy agencjom zdrowia publicznego, jeżeli jest to dozwolone przepisami prawa stanowego i/lub federalnego. Jakikolwiek dane otrzymane z wyznaczonej placówki objęte przepisami 42 C.F.R. Część 2 (niektóre placówki świadczące opiekę dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków) mogą być udostępniane wyłącznie usługodawcom prowadzącym leczenie. Pełen wykaz Uczestników jest dostępny w HEALTHeLINK pod adresem: <http://wnyhealthelink.com/physicians-staff/current-participants/participating-healthelink-providers/> lub pod numerem: 716-206-0993 wew. 103. Egzemplarz papierowy wykazu otrzymasz bezpłatnie w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia zapotrzebowania.
  - Kary za niewłaściwy dostęp do Twoich informacji lub za wykorzystywanie ich w niewłaściwy sposób.** Za niewłaściwy dostęp do Twoich informacji i za wykorzystywanie ich w niewłaściwy sposób grożą kary. Jeżeli w dowolnym momencie będziesz podejrzewał/-a, że ktoś, kto nie powinien widzieć informacji o Tobie ani mieć do nich dostępu, uzyskał je, zadzwoń do jednego z Uczestników, którym zezwoliłeś/-aś na dostęp do naszej dokumentacji, wejdź na stronę HEALTHeLINK: <http://wnyhealthelink.com>, zadzwoń do HEALTHeLINK pod numerem: 716- 206-0993 wew. 103, zadzwoń do Wydziału Zdrowia Stanu Nowy York (NYS Department of Health) pod numerem: 518-474-4987 lub postępuj zgodnie z procedurą federalnego Biura ds. Praw Obywatelskich (Office for Civil Rights) znajdującą się pod tym adresem: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
  - Dalsze ujawnianie informacji.** Każdy Uczestnik upoważniony przez Ciebie do uzyskiwania informacji o Twoim zdrowiu może ujawniać je dalej, ale wyłącznie w zakresie dozwolonym przez stanowe i federalne przepisy ustawowe i wykonawcze. Informacje na temat leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków lub poufne informacje dotyczące HIV mogą być udostępniane i dalej ujawniane, o ile towarzyszy im obowiązkowe oświadczenie dotyczące zakazu dalszego ujawniania.
  - Okres obowiązywania.** Niniejszy formularz zgody obowiązuje, dopóki nie zmienisz swojego wyboru dotyczącego zgody lub do zaprzestania działalności przez HEALTHeLINK (**lub przez 50 lat po Twojej śmierci w zależności od tego, która data będzie wcześniejsza**). Jeżeli dojdzie do fuzji HEALTHeLINK z innym wykwalifikowanym podmiotem, Twoje decyzje dotyczące zgody będą obowiązywały w nowym podmiocie powstałym w wyniku fuzji.
  - Zmiana decyzji dotyczącej zgody.** Decyzję dotyczącą zgody możesz zmienić w dowolnym momencie oraz w odniesieniu do dowolnej organizacji usługodawcy lub programu zdrowotnego poprzez złożenie nowego formularza zgody zawierającego nowe decyzje. Uczestnicy uzyskujący dostęp do informacji o Twoim zdrowiu za pośrednictwem HEALTHeLINK za Twoją zgodą mogą kopiować lub włączać Twoje informacje do swojej dokumentacji medycznej. Nawet jeśli później zmienisz swoją decyzję dotyczącą zgody, podmioty te nie będą miały obowiązku zwrócenia Ci informacji lub usunięcia ich ze swojej dokumentacji.