

Οδηγίες για την παραχώρηση Έγκρισης για Χρήση και Κοινοποίηση Προστατευμένων Πληροφοριών Υγείας (PHI)

1. Συμπληρώστε όλες τις ενότητες της φόρμας. Φόρμες με ελλιπή στοιχεία δεν θα γίνονται δεκτές.
2. Αναφέρετε τον πάροχο ή όλες τις οντότητες από τις οποίες ζητάτε αρχεία και υποβάλετε το αίτημα όπως επισημαίνεται στον παρακάτω πίνακα.
3. Αν πρόκειται να συμπεριληφθούν πληροφορίες σχετικά με θεραπεία που λάβατε για κατάχρηση αλκοόλ/ναρκωτικών ουσιών, θεραπεία για θέματα ψυχικής υγείας, γενετικές εξετάσεις ή εμπιστευτικές πληροφορίες σχετικά με HIV, προσθέστε τα αρχικά σας δίπλα από κάθε τύπο πληροφορίας στην πρώτη ενότητα.
 - Οι πληροφορίες σχετικά με θεραπεία για κατάχρηση αλκοόλ/ναρκωτικών ουσιών είναι πληροφορίες από κάποιο πρόγραμμα θεραπείας για κατάχρηση αλκοόλ/ναρκωτικών ουσιών.
 - Οι πληροφορίες σχετικά με θεραπεία για θέματα ψυχικής υγείας είναι κλινικά αρχεία ή κλινικές πληροφορίες μέσω των οποίων είναι συνήθως εφικτός ο εντοπισμός ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας, οι οποίες προστατεύονται από τη νομοθεσία της πολιτείας της Νέας Υόρκης.
 - Εμπιστευτικές πληροφορίες σχετικά με HIV είναι οποιεσδήποτε πληροφορίες οι οποίες αποκαλύπτουν ότι έχετε υποβληθεί σε εξέταση ή είχατε λοίμωξη ή ασθένεια που σχετίζεται με HIV (συμπεριλαμβανομένου του AIDS) ή ότι έχετε εκτεθεί σε HIV. Οι πληροφορίες αυτές περιλαμβάνουν ακόμα και αρνητικά αποτελέσματα.
 - Οι γενετικές πληροφορίες είναι οποιεσδήποτε πληροφορίες σχετικά με εργαστηριακές εξετάσεις για τη διάγνωση της παρουσίας γενετικών παραλλαγών που σχετίζονται με προδιάθεση για γενετική νόσο ή αναπηρία, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης DNA.

Θα παρασχεθεί μια εκτίμηση της χρέωσης, αν ισχύει, πριν από την εκπλήρωση του αιτήματος.

Εγκατάσταση	Διεύθυνση	Αριθμός τηλεφώνου
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department Αυτοπροσώπως: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 Αλληλογραφία: One Park Avenue, 3rd Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department Αυτοπροσώπως: 380 2nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 Αλληλογραφία: 301 E 17th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital—Long Island	NYU Langone Hospital – Long Island HIM Department αυτοπροσώπως: Ιατρείο εισαγωγής - Κύριος Προθάλαμος 259 First Street, Mineola, NY 11501 αλληλογραφία: 200 Old Country Road, Suite 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, επιλογή 4
NYU Langone Hospital—Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6th Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55th Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	Απευθείας σε κάθε ιατρείο ξεχωριστά	Επικοινωνήστε με κάθε ιατρείο ξεχωριστά
Family Health Centers στο NYU Langone	Marilyn Vientos, Διευθυντής FHC Network Operations FHCPatientRelations@nyulangone.org	Επικοινωνήστε με κάθε ιατρείο ξεχωριστά
NYU Langone Hospital—Long Island Certified Home Health Agency (CHHA)	NYU Langone Hospital – Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	Υπόψη: Practice Manager 215 54th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Ταινίες/εικόνες ακτινογραφίας	Tisch: 560 1st Ave, 2nd Floor, NY, NY 10006 Orthopedic Hospital: 301 East 17th St, Suite 600/6th Floor, NY, NY 10003 FGP Radiology: NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4th Floor, NY, NY 10016 Όλες οι υπόλοιπες εγκαταστάσεις: απευθείας στην εγκατάσταση στην οποία πραγματοποιήθηκε η γνωμάτευση της απεικονιστικής εξέτασης	Tisch: 212-263-5227 Orthopedic: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Λοιπές εγκαταστάσεις: Επικοινωνήστε με κάθε ιατρείο ξεχωριστά

NYU LANGONE HEALTH**ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (PHI)**

Όνομα ασθενούς	Ημερομηνία γέννησης ασθενούς	Αριθμός τηλεφώνου
Διεύθυνση ασθενούς		

Εγώ, ή ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός μου, ζητώ την αποδέσμευση των πληροφοριών υγείας σχετικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου, όπως ορίζεται στην παρούσα φόρμα. Κατανοώ ότι:

1. Δεν θα κοινοποιηθούν πληροφορίες σχετικά με **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ/ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ, ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ, και/ή ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ HIV*** εκτός αν δώσω συγκεκριμένα άδεια. Τοποθετώντας τα αρχικά μου παρακάτω, δίνω συγκεκριμένα έγκριση για αποδέσμευση των πληροφοριών τέτοιου τύπου στα άτομα που αναφέρονται σε αυτήν τη φόρμα.

	Πληροφορίες σχετικά με θεραπεία για κατάχρηση αλκοόλ/ναρκωτικών ουσιών (αρχεία από προγράμματα θεραπειών για κατάχρηση αλκοόλ/ναρκωτικών ουσιών)
	Πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία για θέματα ψυχικής υγείας (εκτός από σημειώσεις ψυχοθεραπείας για τις οποίες απαιτείται ξεχωριστή φόρμα)
	Πληροφορίες σχετικά με γενετικές εξετάσεις
	Πληροφορίες σχετικά με HIV/AIDS (η αποδέσμευση πληροφοριών τέτοιου τύπου πρέπει να περιλαμβάνει τις απαραίτητες δηλώσεις σχετικά με την απαγόρευση της εκ νέου κοινοποίησης, στις περιπτώσεις που απαιτείται από τη νομοθεσία)

2. Εκτός από τους ειδικούς τύπους πληροφοριών που αναφέρονται παραπάνω, οι πληροφορίες που κοινοποιούνται στο πλαίσιο αυτής της έγκρισης μπορούν να κοινοποιηθούν ξανά από τον αποδέκτη και δεν προστατεύονται πια από την ομοσπονδιακή ή πολιτειακή νομοθεσία. Εκτός εάν επιτρέπεται από την ομοσπονδιακή ή πολιτειακή νομοθεσία, εάν δίνω την άδειά μου για κοινοποίηση πληροφοριών σχετικών με HIV, ο αποδέκτης δεν μπορεί να τις κοινοποιήσει σε τρίτους χωρίς την άδειά μου. Μπορώ να ζητήσω μια λίστα των ατόμων που ενδέχεται να λάβουν ή να χρησιμοποιήσουν τις πληροφορίες μου σχετικά με HIV χωρίς έγκριση. Αν υποστώ διακρίσεις λόγω της αποδέσμευσης ή της κοινοποίησης πληροφοριών σχετικά με HIV, μπορώ να επικοινωνήσω με το New York State Division of Human Rights στο τηλέφωνο (212) 480-2493 ή με το New York City Commission of Human Rights στο (212) 306-7450. Οι παραπάνω υπηρεσίες είναι υπεύθυνες για την προστασία των δικαιωμάτων μου.
3. Μπορώ να ανακαλέσω την έγκρισή μου με γραπτή επιστολή στον πάροχο ή στην οντότητα στην οποία υπέβαλα τη φόρμα (στη διεύθυνση που αναγράφεται στη σελίδα οδηγιών). Η ανάκληση θα ισχύει εκτός από τον βαθμό στον οποίο το NYU Langone Health έχει ήδη χρησιμοποιήσει αυτήν την έγκριση.
4. Η υπογραφή αυτής της έγκρισης είναι εθελοντική. Το NYU Langone Health δεν μπορεί να θέσει όρους σχετικά με θεραπεία, πληρωμή, εγγραφή σε προγράμματα υγείας ή έγκριση καταλληλότητας για παροχές με βάση την υπογραφή ή μη της παρούσας έγκρισης από εμένα, με εξαίρεση λίγες περιορισμένες περιπτώσεις.
5. Αν ζητώ πρωτότυπα ακτινογραφικά φιλμ, κατανοώ ότι δεν φυλάσσονται (αναλογικά) αντίγραφα των ακτινογραφιών μου από το NYU Langone Health. Απαλλάσσω το NYU Langone Health από κάθε ευθύνη σχετικά με τη διατήρηση αρχείων των απεικονιστικών μου εξετάσεων.

Όνομα και διεύθυνση του παρόχου/της οντότητας από όπου επιθυμείτε να αντλήσετε πληροφορίες (βλ. σελίδα οδηγιών):

--

NYU LANGONE HEALTH

Σκοπός της αποδέσμευσης πληροφοριών:

- Κατόπιν αιτήματός μου Συνέχεια περιθαλψής
- Άλλος (παρακαλώ διευκρινίστε, αναφέροντας αν απαιτείται για κάποια κυβερνητική παροχή ή πρόγραμμα): _____

Παραλήπτης αυτών των πληροφοριών:

- Ο/Η ίδιος/α Άλλος (όνομα, χρειάζεται ταυτότητα για την παραλαβή): _____

Φόρμα/Μορφή (ενδέχεται να ισχύουν χρεώσεις, θα παρασχεθεί μια εκτίμηση της χρέωσης πριν από την αποδέσμευση των πληροφοριών):

- Ταχυδρομική αποστολή στη διεύθυνση: _____
- Παραλαβή σε έντυπη μορφή MyChart (οι πληροφορίες θα είναι διαθέσιμες για λήψη για 60 ημέρες)
- Fax (αριθμός): _____ CD/DVD USB
- Ασφαλής αποστολή με email (οι πληροφορίες θα είναι διαθέσιμες για πρόσβαση/λήψη για 30 ημέρες): _____
- Άλλο: _____

Περιγραφή των πληροφοριών που θα αποδεσμευτούν:

- Ολόκληρος ο ιατρικός φάκελος που διατηρεί ο πάροχος ή η οντότητα που αναφέρεται παραπάνω
- Αρχεία που αφορούν τις παρακάτω ημερομηνίες: _____
- Γνωματεύσεις ακτινογραφίας (με αναφορά τύπου εξέτασης και ημερομηνίας): _____
- Ακτινογραφικά φιλμ/εικόνες(με αναφορά τύπου εξέτασης και ημερομηνίας): _____
- Περίληψη (σύνοψη) πληροφοριών που αφορούν τις παρακάτω ημερομηνίες: _____
- Αρχεία που έχουν αποσταλεί στον πάροχο ή στην οντότητα που αναφέρεται παραπάνω από παρόχους εκτός του NYU Langone Health, τα οποία διατηρούνται από το NYU Langone Health και χρησιμοποιούνται για την περίθαλψή μου
- Άλλα είδη πληροφοριών (π.χ. αρχεία τιμολογήσεων, έντυπα συγκατάθεσης): _____

Η έγκριση θα ισχύει για ένα (1) χρόνο από την ημερομηνία της υπογραφής, εκτός εάν αναφέρεται κάτι άλλο εδώ (συγκεκριμένο συμβάν ή ημερομηνία):

Τυχόν ερωτήσεις που είχα, απαντήθηκαν. Επιπλέον, μου δόθηκε ή μου προσφέρθηκε ένα αντίγραφο της παρούσας φόρμας αν το NYU Langone Health μου ζήτησε να συμπληρώσω αυτήν τη φόρμα.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____ Ώρα: _____ Π.Μ./Μ.Μ.

(Ασθενής ή άτομο εξουσιοδοτημένο για υπογραφή)

Αν το άτομο που δίνει τη συγκατάθεση δεν είναι ο ασθενής, αναγράψτε με κεφαλαία το όνομα και το είδος εξουσιοδότησης για υπογραφή. Τα υποστηρικτικά έγγραφα θα πρέπει να παρέχονται τη στιγμή του αιτήματος.

Όνομα/Αρχή: _____

*Ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας που προκαλεί AIDS. Η νομοθεσία της Νέας Υόρκης για τη Δημόσια Υγεία προστατεύει πληροφορίες οι οποίες θα μπορούσαν εύλογα να αποκαλύψουν ότι ένα άτομο εκδηλώνει συμπτώματα ή λοίμωξη HIV, καθώς και πληροφορίες σχετικά με τις επαφές ενός ατόμου.

Για χρήση στο ιατρείο μόνο: Αρ.Ιατρικού Φακέλου: _____ Παραλαβή: ____/____/____ Αρχικά: _____