

## **Instrukcje dotyczące zgody na wykorzystanie i ujawnienie chronionych informacji dotyczących zdrowia (PHI)**

1. Wypełnić wszystkie części formularza. Niekompletne formularze nie będą przyjmowane.
2. Wymienić lekarzy/podmioty, u których składany jest wniosek o dokumentację, i przesłać zgodnie z uwagami w tabeli poniżej.
3. Jeśli mają zostać uwzględnione informacje dotyczące leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków, leczenia zdrowia psychicznego, informacje genetyczne lub poufne informacje dotyczące HIV, należy umieścić parafkę obok każdego odpowiedniego typu w pozycji pierwszej.
  - Informacje dotyczące leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków oznaczają wszelkie informacje z programu leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków.
  - Informacje dotyczące leczenia chorób psychicznych oznaczają dokumentację kliniczną lub informacje kliniczne umożliwiające identyfikację pacjentów chorych psychicznie, co jest chronione zgodnie z prawem stanu Nowy Jork.
  - Poufne informacje dotyczące HIV oznaczają informacje wskazujące na przebycie badań dotyczących HIV, infekcji lub choroby (włączając AIDS) lub narażenie na HIV. Obejmują one wyniki ujemne.
  - Informacje genetyczne oznaczają wszelkie badania laboratoryjne mające na celu zdiagnozowanie wariantów genetycznych powiązanych z predyspozycją do choroby genetycznej lub niepełnosprawności, włącznie z analizą profilu DNA.

Szacunkowe opłaty, jeśli istnieją, zostaną podane przed realizacją zamówienia.

<b>Placówka</b>	<b>Adres</b>	<b>Numer telefonu</b>
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department do osobistego stawienia się: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 korespondencyjny: One Park Avenue, 3 <sup>rd</sup> Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department do osobistego stawienia się: 380 2 <sup>nd</sup> Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 korespondencyjny: 301 E 17 <sup>th</sup> St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department do osobistego stawienia się: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 korespondencyjny: 200 Old Country Road, Suite 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, opcja 4
NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 <sup>th</sup> Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55 <sup>th</sup> Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	Bezpośrednio do indywidualnego gabinetu	Kontaktować się bezpośrednio z indywidualnym gabinetem
Family Health Centers at NYU Langone	Marilyn Vientos, Director FHC Network Operations <a href="mailto:FHCPatientRelations@nulangone.org">FHCPatientRelations@nulangone.org</a>	Kontaktować się bezpośrednio z indywidualnym gabinetem
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
Praktyka dentystyczna w południowo-zachodnim Brooklynie (Southwest Brooklyn Dental Practice)	Do wiadomości: Practice Manager 215 54 <sup>th</sup> Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Filmy/zdjęcia radiologiczne (Radiology Films/Images)	Tisch: 560 1 <sup>st</sup> Ave, 2 <sup>nd</sup> Floor, NY, NY 10006 Szpital ortopedyczny (Orthopedic Hospital): 301 East 17 <sup>th</sup> St, Suite 600/6 <sup>th</sup> Floor, NY, NY 10003 Radiologia FGP: Dokumentacja medyczna oddziału radiologicznego NYU Langone Health, 650 First Avenue, 4 <sup>th</sup> Floor, NY, NY 10016 Inne lokalizacje: bezpośrednio w miejscu badań radiologicznych	Tisch: 212-263-5227 Ortopedia: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Inne: kontaktować się bezpośrednio z indywidualnym gabinetem

**NYU LANGONE HEALTH**  
**ZGODA NA WYKORZYSTANIE I UJAWNIEŃ CHRONIONYCH INFORMACJI**  
**DOTYCZĄCYCH ZDROWIA (PHI)**

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia pacjenta	Numer telefonu
Adres pacjenta		

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składam(y) wniosek o ujawnienie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem. Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Informacje dotyczące **LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU/NARKOTYKÓW, LECZENIA CHOROÓB PSYCHICZNYCH, BADAŃ GENETYCZNYCH** i/lub **POUFNE INFORMACJE DOTYCZĄCE HIV\*** nie będą udostępniane bez mojej wyraźnej zgody. Składając podpis poniżej, wyrażam zgodę na ujawnienie takich informacji osobom wskazanym w niniejszym formularzu.

	Informacje dotyczące leczenia nadużywania alkoholu lub narkotyków (dokumentacja z programu leczenia nadużywania alkoholu/narkotyków)
	Informacje dotyczące leczenia chorób psychicznych (oprócz notatek z psychoterapii, które mogą wymagać oddzielnej zgody)
	Informacje dotyczące testów genetycznych
	Informacje dotyczące HIV/AIDS (ujawnienie tych informacji musi obejmować wymagane oświadczenia dotyczące zakazu ponownego ujawnienia, jeśli są one wymagane zgodnie z prawem)

2. Oprócz informacji specjalnego rodzaju określonych powyżej, informacje udostępnione na podstawie niniejszej zgody mogą zostać udostępnione ponownie przez odbiorcę i nie są dłużej chronione przez prawo federalne ani stanowe. Jeśli nie jest to dozwolone przez prawo federalne ani stanowe, w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie informacji dotyczących HIV odbiorca nie może udostępnić tych informacji bez mojego pozwolenia. Mam prawo wnioskować o listę osób, które mogą otrzymać lub wykorzystać informacje dotyczące HIV bez upoważnienia. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dot. HIV mogę skontaktować się z Wydziałem ds. Praw Człowieka stanu Nowy Jork pod numerem (212) 480-2493 lub Komisją ds. Praw Człowieka miasta Nowy Jork pod numerem (212) 306-7450. Instytucje te są odpowiedzialne za ochronę praw obywateli.
3. Mogę cofnąć niniejszą zgodę, składając pisemny wniosek do lekarza/podmiotu, któremu przedłożyłem(-am) formularz (na adres podany na stronie z instrukcjami). Wycofanie zgody będzie obowiązywało z pominięciem informacji już udostępnionych przez Centrum Zdrowia NYU Langone Health na podstawie tej zgody.
4. Podpisanie zgody jest dobrowolne. Centrum Zdrowia NYU Langone Health nie może uzależniać decyzji o leczeniu, płatności, zapisie do ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnieniach do świadczeń od podpisania lub odmowy odpisania tej umowy, z wyjątkiem ograniczonych sytuacji.
5. Jeśli wnioskuję o oryginalne filmy z badań radiologicznych, przyjmuję do wiadomości, że nie ma (analogowych) kopii filmu przechowywanych przez Centrum Zdrowia NYU Langone Health. Zwalniam Centrum Zdrowia NYU Langone Health z odpowiedzialności za prowadzenie mojej dokumentacji z badań obrazowych.

**Imię i nazwisko / nazwa oraz adres lekarza/podmiotu, któremu mają być udostępnione informacje (patrz strona z instrukcjami):**

--

## NYU LANGONE HEALTH

### Cel ujawnienia informacji:

- Na mój wniosek       Kontynuacja opieki
- Inny (należy wyjaśnić, włączając świadczenia lub program rządowy): \_\_\_\_\_

### Osoba otrzymująca te informacje:

- Ja sam / ja sama \_\_\_\_\_
- Inna osoba (imię i nazwisko; dowód tożsamości wymagany do odbioru) \_\_\_\_\_

### Forma/format (mogą być naliczane opłaty; przed ujawnieniem zostanie podana szacunkowa kwota):

- Przesłać dokumentację do: \_\_\_\_\_
- Odbiór, wersja papierowa       MyChart (możliwość pobrania przez 60 dni)
- Faks (numer): \_\_\_\_\_  CD/DVD       USB
- Bezpieczna poczta e-mail (możliwość dostępu/pobrania przez 30 dni): \_\_\_\_\_
- Inne: \_\_\_\_\_

### Opis informacji, które mają zostać ujawnione:

- Cała dokumentacja medyczna od lekarza/podmiotu podanego powyżej
- Dokumentacja dotycząca poniższych dat: \_\_\_\_\_
- Dokumentacja badań radiologicznych (wymienić rodzaj badań i datę): \_\_\_\_\_
- Filmy/zdjęcia z badań radiologicznych (wymienić rodzaj badań i datę): \_\_\_\_\_
- Wyciąg (podsumowanie) informacji dotyczących poniższych dat: \_\_\_\_\_
- Dokumentacja wysłana do lekarza/podmiotu wskazanego powyżej przez lekarzy spoza Centrum Zdrowia NYU Langone Health i przechowywana przez Centrum Zdrowia NYU Langone Health do użytku podczas mojej opieki
- Inne (np. dokumentacja dot. rachunków, formularze zgody): \_\_\_\_\_

**Zgoda wygaśnie po upływie jednego (1) roku od daty podpisania, jeśli nie podano inaczej poniżej** (określone wydarzenie lub data): \_\_\_\_\_

**Uzyskałem(-am) odpowiedź na wszelkie pytania. Ponadto otrzymałem(-am) lub zaproponowano mi kopię tego formularza, jeśli Centrum Zdrowia NYU Langone Health poprosiło o wypełnienie formularza.**

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_ rano / po południu  
(Pacjent lub osoba upoważniona do złożenia podpisu)

*Jeśli osoba, która wyraża zgodę, nie jest pacjentem, należy podać imię i nazwisko oraz rodzaj upoważnienia do złożenia podpisu.  
W momencie składania wniosku należy przedstawić dokumentację potwierdzającą informacje.*

Imię i nazwisko / rodzaj upoważnienia: \_\_\_\_\_

\*Wirus nabytego zespołu niedoboru odporności wywołujący AIDS. Ustawa o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork chroni informacje, które mogą umożliwiać identyfikację osoby mającej objawy i infekcje związane z HIV, oraz informacje dotyczące danych kontaktowych tej osoby.

Tylko do użytku urzędowego: Numer dokumentacji medycznej (MRN): \_\_\_\_\_

Otrzymano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Inicjały: \_\_\_\_\_