

# NYU Langone Health

## Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΩΣ ΟΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ.

### **Δεσμευόμαστε για το απόρρητο των πληροφοριών σας**

Το NYU Langone Health δεσμεύεται ως προς τη διατήρηση του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών υγείας σας. Θα χρησιμοποιήσουμε ή θα γνωστοποιήσουμε (κοινοποιήσουμε) τις πληροφορίες υγείας σας μόνο όπως περιγράφεται στην παρούσα Ειδοποίηση. Θα σας ζητηθεί να υπογράψετε μια δήλωση αποδοχής ότι έχετε παραλάβει την παρούσα Ειδοποίηση.

### **Ποιος τηρεί αυτήν την Ειδοποίηση**

Αυτή είναι μια κοινή Ειδοποίηση η οποία τηρείται από όλους τους υπαλλήλους, το ιατρικό προσωπικό, τους εκπαιδευόμενους, τους φοιτητές, τους εθελοντές και τους εκπροσώπους του NYU Langone Health στις εξής τοποθεσίες:

- Νοσοκομεία NYU Langone (συμπεριλαμβανομένης της υπηρεσίας NYU Winthrop Certified Home Health Agency)
- NYU School of Medicine (συμπεριλαμβανομένου του Faculty Group Practices)
- Family Health Centers στα NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice

Τα νοσοκομεία NYU Langone και η ιατρική σχολή NYU School of Medicine αποτελούν μέρη ενός Διακανονισμού Οργανωμένης Υγειονομικής Περίθαλψης με τα κέντρα υγείας Family Health Center στο NYU Langone Health και το οδοντιατρείο Southwest Brooklyn Dental Practice και ενδέχεται να χρησιμοποιούν και να μοιράζονται μεταξύ τους πληροφορίες για να πραγματοποιούν διαδικασίες θεραπείας, πληρωμής και υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με αυτόν τον διακανονισμό.

Αν οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης του NYU Langone Health σας παρέχουν θεραπεία ή υπηρεσίες σε άλλες τοποθεσίες, για παράδειγμα, στο Manhattan VA Medical Center ή στο Bellevue Hospital Center, θα ισχύει η Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου που λαμβάνετε εκεί.

### **Χρήση και κοινοποίηση των πληροφοριών σας**

Η παρούσα ενότητα περιγράφει τους διάφορους τρόπους με τους οποίους μπορεί να χρησιμοποιήσουμε και να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας. Συνήθως θα επικοινωνούμε μαζί σας για αυτούς τους σκοπούς τηλεφωνικά, ωστόσο, αν μας έχετε δώσει τη διεύθυνση email



# NYU Langone Health

## Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

σας ή την άδειά σας να σας στείλουμε γραπτό μήνυμα, μπορεί να επικοινωνήσουμε μαζί σας με έναν από αυτούς τους τρόπους.

Συνήθως χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε τις πληροφορίες σας για σκοπούς που αφορούν στη θεραπεία, την πληρωμή και τις λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό σημαίνει ότι χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε τις πληροφορίες υγείας σας:

- σε άλλους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που αναλαμβάνουν τη θεραπεία σας ή στο φαρμακείο που εκτελεί τη συνταγή σας,
- στο πρόγραμμα ασφάλισης υγείας σας για αποδοχή πληρωμής για παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ή για τη λήψη προέγκρισης για τη θεραπεία σας και
- στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της επιχείρησής μας, για τη βελτίωση της περίθαλψής σας, για την εκπαίδευση των επαγγελματιών μας και για την αξιολόγηση της απόδοσης του παρόχου.

Ορισμένες φορές μπορεί να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας στους επιχειρηματικούς μας συνεργάτες, όπως το τμήμα τιμολόγησης, που μας βοηθούν στις λειτουργίες της επιχείρησής μας. Όλοι οι επιχειρηματικοί μας συνεργάτες πρέπει να διαφυλάσσουν το απόρρητο και την ασφάλεια των πληροφοριών υγείας σας όπως εμείς.

Μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας για να επικοινωνήσουμε μαζί σας:

- σχετικά με επιδόματα ή υπηρεσίες που σχετίζονται με θέματα υγείας.
- σχετικά με τα επικείμενα ραντεβού σας.
- για να διαπιστώσουμε αν θέλετε να λάβετε μέρος σε ερευνητικά προγράμματα.
- για συγκέντρωση κεφαλαίων υπέρ του NYU Langone Health.

Έχετε το δικαίωμα να επιλέξετε να μην λαμβάνετε επικοινωνία σχετικά με τη συγκέντρωση κεφαλαίων. Αυτό μπορείτε να το κάνετε αν επικοινωνήσετε με το Γραφείο Ανάπτυξης του NYU Langone Health στη διεύθυνση [developmentoffice@nyulangone.org](mailto:developmentoffice@nyulangone.org) ή τηλεφωνικά στον αριθμό 212-404-3640 ή χωρίς χρέωση στον αριθμό 1-800-422-4483.

Αν δεν επιθυμείτε να σας ειδοποιούμε για τα ερευνητικά προγράμματα στα οποία ενδεχομένως είστε σε θέση να συμμετάσχετε, μπορείτε να μας ενημερώσετε σχετικά μέσω email στη διεύθυνση [research-contact-optout@nyulangone.org](mailto:research-contact-optout@nyulangone.org) ή επικοινωνώντας μαζί μας τηλεφωνικά στο 1-855-777-7858.

Ισχύουν ειδικές προφυλάξεις όταν χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε ευαίσθητες πληροφορίες υγείας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι πληροφορίες για τον ιό HIV, πληροφορίες για τη νοητική υγεία, πληροφορίες σχετικά με τη λήψη θεραπείας απεξάρτησης από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά ή πληροφορίες γενετικής φύσης. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους νόμους της Πολιτείας της

## NYU Langone Health Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

Νέας Υόρκης, οι εμπιστευτικές πληροφορίες που σχετίζονται με τον ιό HIV μπορούν να κοινοποιούνται μόνο στα άτομα που τους επιτρέπεται από τον νόμο ή στα άτομα στα οποία εσείς έχετε επιτρέψει την κοινοποίησή τους έχοντας υπογράψει ένα συγκεκριμένο έντυπο εξουσιοδότησης. Αν η θεραπεία σας περιλαμβάνει αυτές τις πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Αρμόδιο Ιδιωτικού Απορρήτου (Privacy Officer) για περαιτέρω εξηγήσεις.

Επίσης, έχουμε το δικαίωμα και ορισμένες φορές την υποχρέωση από τον νόμο να κοινοποιούμε τις πληροφορίες σας με άλλους τρόπους. Πρέπει να πληρούμε ορισμένες προϋποθέσεις του νόμου, για να μπορέσουμε να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας για τους παρακάτω λόγους. Ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα για κάθε περίπτωση:

- Δημόσια υγεία και ασφάλεια: αναφορά νόσων, γεννήσεων ή θανάτων, αναφορά εικαζόμενης κακοποίησης, παραμέλησης ή ενδοοικογενειακής βίας, για αποφυγή σοβαρής απειλής της υγείας ή της δημόσιας ασφάλειας, παρακολούθηση ανακλήσεων προϊόντων και αναφορά πληροφοριών για τις διαδικασίες ασφάλειας και ποιότητας.
- Έρευνα: ανάλυση προγραμμάτων καταγραφής πληροφοριών υγείας που έχουν εγκριθεί από το επιστημονικό συμβούλιο εγκρίσεων (IRB) του οργανισμού μας και χαρακτηρίζονται ως χαμηλού κινδύνου για το απόρρητό σας, προετοιμασία για μια ερευνητική μελέτη, μελέτες που επεξεργάζονται μόνο πληροφορίες αποθανόντων.
- Δικαστικές και διοικητικές διαδικασίες: απάντηση σε μια δικαστική ή διοικητική εντολή.
- Αποζημίωση εργαζομένων και άλλα κυβερνητικά αιτήματα: πληρωμή ή ακροαματική διαδικασία αξιώσεων αποζημίωσης εργαζομένων, υπηρεσίες εποπτείας υγείας για δραστηριότητες που επιτρέπει ο νόμος, ειδικό κυβερνητικό φορέας (στρατός, εθνική ασφάλεια).
- Εφαρμογή του νόμου: σε έναν αρμόδιο εφαρμογής του νόμου για ταυτοποίηση ή εύρεση ενός υπόπτου ή αγνοουμένου.
- Συμμόρφωση με τον νόμο: στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών για να διαπιστωθεί αν συμμορφωνόμαστε με την ομοσπονδιακή νομοθεσία περί απορρήτου.
- Κατάσταση ανακούφισης από καταστροφή: κοινοποίηση της τοποθεσίας σας και της γενικής τοποθεσίας με σκοπό την ειδοποίηση της οικογένειας, των φίλων και των υπηρεσιών που ορίζει ο νόμος για παροχή βοήθειας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.
- Σε οργανισμούς που χειρίζονται υποθέσεις δωρεάς ή μεταμόσχευσης οργάνων, ιστού ή οφθαλμών.
- Σε έναν ιατροδικαστή, ιατρικό εξεταστή ή εργολάβο κηδεϊών όπως απαιτείται για διεκπεραίωση της εργασίας του.
- Συμπτωματικά για επιτρεπόμενη χρήση ή γνωστοποίηση: ανακοίνωση του ονόματός σας σε μια αίθουσα αναμονής για ένα ραντεβού όπου μπορεί να το ακούσουν οι παρευρισκόμενοι στην αίθουσα αυτή. Καταβάλλουμε κάθε εύλογη προσπάθεια για τον περιορισμό των περιπτώσεων συμπτωματικής χρήσης και γνωστοποίησης.

## NYU Langone Health Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

Στις παρακάτω περιπτώσεις, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας, εκτός εάν έχετε αντίρρηση ή αν μας δώσετε ρητά την άδειά σας. Αν για κάποιο λόγο δεν μπορείτε να μας πείτε τις προτιμήσεις σας, για παράδειγμα, αν είστε αναίσθητος/-η, μπορεί να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας αν πιστεύουμε ότι αυτό είναι προς όφελός σας.

- Για τον κατάλογο των ασθενών μας, συμπεριλαμβανομένου του τμήματος ποιμαντικών υπηρεσιών μας, όπως π.χ. ένας ιερέας ή ραββίνος.
- Στην οικογένεια, τους φίλους ή άλλα άτομα που συμμετέχουν στη φροντίδα σας ή στην πληρωμή για αυτήν.

Στις παρακάτω περιπτώσεις, θα χρησιμοποιήσουμε ή θα κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας μόνο αν μας δώσετε την έγγραφη άδειά σας:

- Για σκοπούς μάρκετινγκ
- Πώληση των πληροφοριών ή για πληρωμή από τρίτους
- Ευρύτερη κοινοποίηση ψυχομετρικών σημειώσεων
- Για οποιονδήποτε άλλο λόγο που δεν περιγράφεται στην παρούσα Ειδοποίηση

Μπορείτε να ανακαλέσετε (να πάρετε πίσω) αυτήν την άδεια, εκτός αν την έχουμε ήδη αξιοποιήσει, επικοινωνώντας με τον Αρμόδιο Ιδιωτικού Απορρήτου.

### **Τα δικαιώματά σας**

Όσον αφορά στις πληροφορίες υγείας σας, έχετε ορισμένα δικαιώματα. Μπορείτε να κάνετε τα εξής:

- Ανασκόπηση ή λήψη αντιγράφου του ιατρικού σας αρχείου σε ηλεκτρονική ή έντυπη μορφή, συμπεριλαμβανομένων των αρχείων λογαριασμών. Ενδέχεται να σας ζητηθεί να καταβάλετε ένα λογικό ποσό βάσει κόστους για τα αρχεία σας. Σε περίπτωση καθυστέρησης, θα σας ενημερώσουμε σχετικά. Μπορείτε, επίσης, να έχετε πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας σας απευθείας χρησιμοποιώντας την ασφαλή πύλη ασθενών του οργανισμού μας, NYU Langone Health MyChart στη διεύθυνση <https://mychart.nyulmc.org/>.
- Αίτημα περί εμπιστευτικής επικοινωνίας. Μπορείτε να μας ζητήσετε η επικοινωνία μας να γίνεται με έναν συγκεκριμένο τρόπο, για παράδειγμα, μέσω κινητού τηλεφώνου. Εμείς θα πούμε «ναι» σε όλα τα λογικά αιτήματα.
- Ζητήστε μας να περιορίσουμε τις πληροφορίες που χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε για τη θεραπεία, την πληρωμή σας και τις λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης. Δεν είμαστε υποχρεωμένοι να συμφωνήσουμε με το αίτημά σας, ωστόσο, θα το εξετάσουμε. Όταν πληρώνετε για έκτακτες υπηρεσίες, εξ ολοκλήρου, και μας ζητάτε να μην κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες στο πρόγραμμα ασφάλισης υγείας σας, θα συμφωνήσουμε, εκτός εάν υπάρχει νόμος που μας υποχρεώνει να κοινοποιήσουμε τις συγκεκριμένες πληροφορίες.
- Ζητήστε μας να διορθώσουμε το ιατρικό σας αρχείο, αν είναι ανακριβές ή ατελές. Μπορεί να πούμε «όχι» στο αίτημά σας, ωστόσο, θα σας εξηγήσουμε τον λόγο εντός 60 ημερών.

## NYU Langone Health Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

- Εξασφαλίστε μια λίστα με τα άτομα στα οποία έχουμε κοινοποιήσει πληροφορίες. Μπορείτε να ζητήσετε μια λίστα (όπου έχουν υπολογιστεί) με τις φορές που έχουμε κοινοποιήσει τις πληροφορίες σας και τον λόγο που το κάναμε για τα έξι έτη πριν από το αίτημά σας. Η λίστα αυτή δεν θα περιλαμβάνει όλες τις γνωστοποιήσεις, όπως π.χ. εκείνες που έγιναν για τη θεραπεία, την πληρωμή και τις λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε αυτή τη λίστα μία φορά κάθε 12 μήνες χωρίς χρέωση, ωστόσο, ενδέχεται να σας χρεώσουμε για το κόστος παροχής επιπλέον λιστών στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Εξασφαλίστε ένα αντίγραφο αυτής της Ειδοποίησης περί απορρήτου. Απλώς ζητήστε την και θα σας δώσουμε ένα αντίγραφο στη μορφή που θέλετε (έντυπη ή ηλεκτρονική).
- Επιλέξτε κάποιον να λειτουργήσει εκ μέρους σας. Αυτός ο «προσωπικός εκπρόσωπος» μπορεί να ασκήσει τα δικαιώματά σας και να κάνει επιλογές σχετικά με τις πληροφορίες υγείας σας. Γενικά, οι γονείς και οι κηδεμόνες των ανηλίκων θα έχουν αυτό το δικαίωμα για το παιδί τους, εκτός αν το ανήλικό έχει άδεια από τον νόμο να λειτουργεί μόνο του.
- Υποβάλετε ένα παράπονο αν αισθάνεστε ότι παραβιάζονται τα δικαιώματά σας. Μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Αρμόδιο Ιδιωτικού Απορρήτου ή τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών. Εμείς δεν θα προβούμε σε αντίποινα ούτε θα κινηθούμε εναντίον σας επειδή υποβάλατε ένα παράπονο.
- Ζητήστε πρόσθετη προστασία του απορρήτου σας σε σχέση με το ηλεκτρονικό ιατρικό σας αρχείο.

### Οι ευθύνες μας

- Είμαστε υποχρεωμένοι από τον νόμο να διατηρούμε το απόρρητο των προστατευόμενων πληροφοριών υγείας σας.
- Θα σας ειδοποιήσουμε αν προκύψει παραβίαση που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο το απόρρητο ή την ασφάλεια των ταυτοποιήσιμων πληροφοριών σας.
- Πρέπει να τηρούμε τις πρακτικές που περιγράφονται στην παρούσα Ειδοποίηση και να σας δώσουμε ένα αντίγραφό της.
- Διατηρούμε το δικαίωμα να αλλάξουμε τους όρους αυτής της Ειδοποίησης και οι αλλαγές θα ισχύουν για όλες τις πληροφορίες που έχουμε για εσάς. Η νέα Ειδοποίηση θα διατίθεται κατόπιν αιτήματος και θα αναρτηθεί στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [www.nyulangone.org](http://www.nyulangone.org).

### Απορίες ή προβληματισμοί

Αν έχετε κάποια απορία ή επιθυμείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας που περιγράφονται σε αυτήν την Ειδοποίηση, επικοινωνήστε με τον Αρμόδιο Ιδιωτικού Απορρήτου στη διεύθυνση: One Park Avenue, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, New York 10016, Υπόψη: Αρμόδιος Ιδιωτικού Απορρήτου, τηλεφωνικά στο 1-877-PHI-LOSS ή στο 212-404-4079 ή μέσω email στη διεύθυνση [compliance.help@nyulangone.org](mailto:compliance.help@nyulangone.org).



## **NYU Langone Health Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]**

Τα περισσότερα αιτήματα για άσκηση των δικαιωμάτων σας πρέπει να υποβάλλονται εγγράφως στον Αρμόδιο Ιδιωτικού Απορρήτου ή στο γραφείο του κατάλληλου γιατρού ή τμήματος του νοσοκομείου. Για περισσότερες πληροφορίες ή για να λάβετε ένα έντυπο αίτησης, επικοινωνήστε με τον Αρμόδιο Ιδιωτικού Απορρήτου ή επισκεφθείτε τη διεύθυνση <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Η παρούσα Ειδοποίηση ισχύει από την 1/8/2019.



**NYU Langone Health**  
**Ειδοποίηση Πρακτικών Απορρήτου**  
**[NYU Langone Health**  
**Notice of Privacy Practices]**

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ**  
**[NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT FORM]**

**Υπογράφοντας αυτό το έντυπο, αποδέχομαι ότι μου έχει δοθεί ένα αντίγραφο της Ειδοποίησης Πρακτικών Απορρήτου του NYU Langone Health.**

**[By signing this form, I acknowledge that I have received a copy of NYU Langone Health's Notice of Privacy Practices.]**

**Όνομα ασθενούς [Patient Name]:** \_\_\_\_\_

**Υπογραφή [Signature]:** \_\_\_\_\_ **Ημερομηνία [Date]:** \_\_\_\_\_

**Όνομα προσωπικού εκπροσώπου (εάν υπάρχει):** \_\_\_\_\_  
**[Personal Representative's Name (if applicable)]**

**Εξουσιοδότηση προσωπικού εκπροσώπου (π.χ. γονέας, κηδεμόνας, πληρεξούσιος εκπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης):**  
**[Personal Representative's Authority (e.g., parent, guardian, health care proxy)]**

---