

Einwilligungserklärung der Patienten für die teilnehmenden Versorgungseinrichtungen

_____ („_____“)

Ich habe das Dokument erhalten mit dem Titel: „Brooklyn Informationsblatt zum Austausch von medizinischen Daten.“ Darin wird erklärt, wie das Brooklyn Austauschsystem von medizinischen Daten (auf englisch: BHIX, Brooklyn Health Information Exchange) funktioniert, wie es betrieben wird, und wie dadurch den an BHIX teilnehmenden Krankenhäusern, Altersheimen, privaten Betreuungsagenturen und anderen Gesundheitsversorgungseinrichtungen erlaubt wird, auf medizinische Daten zuzugreifen. Wenn ich dieses Formular als gesetzlicher Vertreter des Patienten unterschreibe, so meine ich damit, dass sich sämtliche Bezugnahmen in diesem Formular auf "mich" oder "mein" auf den Patienten beziehen.

Jede teilnehmende Versorgungseinrichtung (die „teilnehmende Versorgungseinrichtung“) die bei meiner Pflege beteiligt ist, muss eine eigene Einwilligungserklärung einholen, um meine medizinischen Daten über BHIX einholen zu dürfen. [_____] ist eine teilnehmende Versorgungseinrichtung am BHIX. Ich weiß, dass ich unten meine Einwilligung erkläre, und ich ermächtige hiermit [_____] , einschließlich sämtlicher von [_____] dazu ermächtigten Personen, BHIX zu verwenden, um auf meine medizinischen Daten mit Hilfe von BHIX zuzugreifen.

1. **Verwendungszweck:** Ich habe verstanden, das meine medizinischen Daten nur für meine medizinische Behandlung verwendet werden, um mich medizinisch zu betreuen, und um die medizinische Versorgung zu erfassen und deren Qualität zu verbessern, die von [_____] den Patienten zur Verfügung gestellt wird.
2. **Art der Daten:** Ich habe verstanden, dass mit dieser Einwilligung [_____] erlaubt wird, auf SÄMTLICHE medizinischen Daten über mich zuzugreifen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf sensitive Informationen, die sich auf folgendes beziehen:
 - HIV/AIDS
 - Genetische Krankheit oder Gentest
 - durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheit
 - psychische Krankheit
 - Alkohol- oder Drogentherapie
 - Familienplanung
3. **Herkunft der medizinischen Informationen:** Informationen, auf die mit Hilfe von BHIX zugegriffen wird, kommen aus einer weiten Bandbreite von Quellen („medizinische Informationsquellen“). Diese medizinischen Informationsquellen bestehen z.T. aus den teilnehmenden Versorgungseinrichtungen, oder andern Trägern der Gesundheitsversorgung (z.B. Apotheken und klinische Labore), Krankenkassen, das Gesundheitsprogramm für Bedürftige Medicaid des US Bundesstaats New York und anderer Austausch von medizinischen Daten. Eine Gesamtliste der aktuellen medizinischen Informationsquellen befindet sich unter www.bhix.org. Diese Liste wird von Zeit zu Zeit, je nach Wachstum von BHIX, ergänzt.
4. Diese Einwilligung erlaubt [_____] , Auf medizinische Daten zuzugreifen, die sowohl vor dem Datum der Unterschrift unter dieses Formular erfasst wurden, als auch nach diesem Datum. Ich gehe davon aus, dass diese Informationen über mich nur durch [_____] weitergegeben werden dürfen, wie es durch anwendbare Gesetze und Vorschriften erlaubt ist. Ich habe verstanden, dass meine Einwilligung so lange wirksam bleibt, bis ich sie widerrufe, bzw. wenn BHIX seine Tätigkeiten einstellt, was auch immer zuerst geschieht.
5. Ich habe verstanden, dass ich dann, wenn ich meine Meinung ändere, und die Einwilligung widerrufen möchte, ich ein Formular zum Widerruf der Einwilligung unterschreiben kann. Wenn ich meine Einwilligung widerrufe, kann [_____] nicht mehr länger routinemäßig auf medizinische Daten über mich über BHIX zugreifen, es sei denn, dass ich erneut meine Einwilligung erkläre und ein neues Formular mit der Einwilligung der Patienten unterschreibe. Der Widerruf der Einwilligung betrifft nicht die bereits bei wirksamer Einwilligung ausgetauschten Informationen.
6. Ich habe verstanden, dass dann, wenn ich Einwilligung Verweigert unten angebe, [_____] nicht mehr auf medizinische Informationen über BHIX zugreifen wird —und dies auch bei Notfällen.
7. Ich habe verstanden, dass diese Entscheidung, an BHIX teilzunehmen, freiwillig erfolgt. Keine der teilnehmenden Versorgungseinrichtungen wird mir medizinische Versorgung verweigern, und meine Versicherungsfähigkeit wird durch die Entscheidung, die Einwilligung zur Teilnahme an BHIX zu verweigern, nicht beeinträchtigt.
8. Ich habe verstanden, dass ich eine Kopie dieses Formulars erhalte, nachdem ich es unterschrieben habe.

Hiermit treffe ich folgende Entscheidung: Ich erteile meine Einwilligung Ich verweigere die Einwilligung

Dafür, dass [_____] mit Hilfe von BHIX Zugriff nehmen darf auf SÄMTLICHE medizinischen Informationen über mich.

Name des Patienten in Druckschrift

Geburtsdatum des Patienten

Unterschrift des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters

Datum

Name des gesetzlichen Vertreters des
Patienten in Druckschrift (sofern anwendbar)

Verhältnis zu dem gesetzlichen Vertreter