

Έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς για Οργανισμό Συμμετέχοντα Παρόχου _____ (“_____”)

Έχω λάβει το έγγραφο με τον τίτλο “Ανταλλαγή πληροφοριών υγείας στο Μπρούκλιν: Εκπαιδευτικό ενημερωτικό δελτίο” το οποίο εξηγεί πώς λειτουργεί η Ανταλλαγή πληροφοριών υγείας στο Μπρούκλιν (“BHIX”), και πώς μπορώ να δώσω άδεια έτσι ώστε να έχουν πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες που με αφορούν, οίκοι ευγηρίας, υπηρεσίες παροχής ιατρικής φροντίδας κατ’ οίκον και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που συμμετέχουν στο BHIX. Εάν υπογράψω αυτό το έντυπο ως νομικός εκπρόσωπος του ασθενούς, κατανοώ ότι όλες οι αναφορές σε αυτό το έντυπο για “εμένα” ή “μου” αναφέρονται στον Ασθενή.

Κάθε Συμμετέχων Πάροχος που ενέχεται στη φροντίδα σας πρέπει να λάβει τη συναίνεσή σας ξεχωριστά για να έχει πρόσβαση στις ιατρικές σας πληροφορίες μέσω του BHIX. Ο [_____] είναι ένας Συμμετέχων Πάροχος στο BHIX. Κατανοώ ότι εάν δώσω τη συγκατάθεσή μου παρακάτω, εξουσιοδοτώ δια του παρόντος την [_____] , συμπεριλαμβανομένων όλων των ατόμων που είναι εξουσιοδοτημένα από την [_____] να χρησιμοποιήσουν το BHIX, για πρόσβαση στις ιατρικές μου πληροφορίες μέσω του BHIX.

- Σκοπός:** Κατανοώ ότι οι ιατρικές μου πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν μόνο έτσι ώστε να μου παρασχεθεί ιατρική περίθαλψη και για να αξιολογηθεί και να βελτιωθεί η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται από την [_____] στους ασθενείς της.
- Τύποι πληροφοριών:** Κατανοώ ότι η παρούσα συγκατάθεση επιτρέπει στην [_____] να έχει πρόσβαση σε ΟΛΕΣ τις ιατρικές μου πληροφορίες, ενδεικτικά αλλά όχι περιοριστικά, σε ευαίσθητες πληροφορίες που σχετίζονται με τα ακόλουθα:
 - HIV/AIDS
 - Κληρονομικές νόσους ή εξετάσεις για κληρονομικές νόσους
 - Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
 - Ψυχική υγεία
 - Αγωγή για κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών
 - Οικογενειακό προγραμματισμό
- Πηγές πληροφοριών υγείας:** Οι πληροφορίες στις οποίες έχουμε πρόσβαση μέσω BHIX προέρχονται από ποικιλία πηγών («Πηγές Πληροφοριών Υγείας»). Αυτές οι Πηγές πληροφοριών υγείας μπορεί να συμπεριλαμβάνουν τους Συμμετέχοντες Πάροχους, άλλους πάροχους υπηρεσιών υγείας (όπως φαρμακεία και κλινικά εργαστήρια), ασφαλιστές υγείας, το πρόγραμμα Medicaid της Πολιτείας της Νέας Υόρκης και άλλες ανταλλαγές πληροφοριών υγείας. Μπορείτε να βρείτε μια πλήρη λίστα των Πηγών Πληροφοριών Υγείας στη διεύθυνση www.bhix.org. Αυτή η λίστα θα αλλάζει από καιρού εις καιρόν καθώς το BHIX συνεχίζει να αναπτύσσεται.
- Αυτή η συγκατάθεση επιτρέπει στη [_____] να έχει πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες που έχουν δημιουργηθεί τόσο πριν όσο και μετά την ημερομηνία υπογραφής αυτού του εντύπου. Κατανοώ ότι πληροφορίες σχετικά με εμένα μπορεί να κοινοποιηθούν εκ νέου από την [_____] μόνο στο βαθμό που επιτρέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία και κανονισμούς. Κατανοώ ότι εάν δώσω τη συγκατάθεσή μου, η συγκατάθεσή μου θα παραμείνει σε ισχύ μέχρι την ημέρα που θα ανακαλύσω τη συγκατάθεσή μου ή το BHIX σταματήσει να λειτουργεί, ό,τι προκύψει πρώτο.
- Κατανοώ ότι εάν αλλάξω γνώμη και επιθυμήσω να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου, μπορώ να υπογράψω ένα Έντυπο ανάκλησης συγκατάθεσης. Εάν ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου, η [_____] δεν θα μπορεί πλέον να έχει πρόσβαση στις ιατρικές μου πληροφορίες μέσω του BHIX εκτός και μέχρι να δώσω ξανά τη συγκατάθεσή μου υπογράφοντας και συμπληρώνοντας το Έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς. Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θα επηρεάσει την ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών που έγινε ενόσω η συγκατάθεσή μου τελούσε εν ισχύ.
- Κατανοώ ότι εάν αρνηθώ τη συγκατάθεσή μου παρακάτω, η [_____] δεν θα έχει πρόσβαση στις ιατρικές μου πληροφορίες μέσω του BHIX – *ακόμη και σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης*.
- Κατανοώ ότι η απόφαση για συμμετοχή στο BHIX δεν είναι υποχρεωτική. Κανένας Συμμετέχων Πάροχος δεν θα μου αρνηθεί ιατρική φροντίδα και το δικαίωμά μου να έχω ασφάλιση δεν θα επηρεαστεί από τη συμμετοχή μου στο BHIX.
- Κατανοώ ότι θα λάβω ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου αφού το υπογράψω.

Δια του παρόντος: Δίνω τη συγκατάθεσή μου Αρνούμαι τη συγκατάθεσή μου

για πρόσβαση από την [_____] σε ΟΛΕΣ τις ιατρικές μου πληροφορίες από όλες τις Πηγές Πληροφοριών Υγείας μέσω του BHIX.

 Ονοματεπώνυμο ασθενούς ολογράφως

 Ημερομηνία γέννησης ασθενούς

 Υπογραφή ασθενούς ή νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς

 Ημερομηνία

 Ονοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς ολογράφως (εάν ισχύει)

 Σχέση του νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς