



טופס הסכמת חולה לארגון ספק משתתף
ארגון ("_____")

קבלתי את המסמך הנקרא "ברוקלין ארגון לחילופי מידע רפואי (BHIX): גיליון נתוני הסברה", המתאר כיצד פועל ארגון BHIX, כיצד הוא מתפקד וכיצד אוכל לאשר לבתי חולים למוסדות סיעודיים, לסוכנויות לטיפול בתי ולספקי בריאות אחרים המשתתפים ב-BHIX גישה למידע שלי (לגבי). עם חתימתי על טופס זה כנציג המשפטי של החולה, הריני מבין כי כל התייחסות בטופס זה ל"אותי" ול"שלי" מתייחס לחולה.

על כל ארגון ספק משתתף ("ספק משתתף") המעורב בטיפול שלי לקבל את הסכמתי בנפרד כדי להשיג גישה למידע הרפואי שלי באמצעות BHIX. ארגון [_____] הוא ספק משתתף ב-BHIX. ידוע לי כי עם אתן את הסכמתי למטה, הריני מאשר לארגון [_____] , כולל כל פרט המוסמך ע"י ארגון [_____] , להשתמש ב-BHIX לגשת למידע רפואי שלי באמצעות BHIX.

1. **מטרה:** ידוע לי כי המידע הרפואי שלי ישמש אך ורק כדי לספק לי טיפול רפואי ולהעריך ולשפר את טיב הטיפול הרפואי שארגון [_____] מעניק לחוליו.

2. **סוג המידע:** ידוע לי כי הסכמה זו מאשרת לארגון [_____] לגשת לכל המידע הרפואי שלי כולל, אך לא רק, מידע רגיש המתייחס לתחומים הבאים:

- HIV/איידיס
- מחלות גנטיות או בדיקות גנטיות
- מחלות מין
- בריאות נפשית
- טיפול בשימוש יתר בסמים או באלכוהול
- תכנון משפחה

3. **מקורות מידע רפואי:** המידע הניתן באמצעות BHIX מגיע ממגוון מקורות ("מקורות מידע רפואי"). מקורות מידע רפואי אלו עשויים לכלול ספקים משתתפים, ספקי טיפול רפואי אחרים (כגון, בתי מרקחת ומעבדות קליניות), מבטחי בריאות, תוכנית מדיקאייד (Medicaid) של מדינת ניו-יורק וארגונים אחרים לחילופי מידע רפואי. ניתן למצוא רשימה מלאה של מקורות מידע רפואי באתר האינטרנט, www.bhix.org . רשימה זו תשתנה מפעם לפעם אם התפתחות BHIX.

4. הסכמה זו מאשרת לארגון [_____] גישה למידע רפואי אשר נוצר הן לפני והן אחרי תאריך חתימתי על טופס זה. ידוע לי כי חשיפת מידע לגביי תבצע אך ורק בהתאם להתקנות והחוקים המתאימים. ידוע לי כי הסכמתי תישאר בתוקף עד ליום בו אבטל את הסכמתי או עד ליום בו תפסיק BHIX לפעול, המועד המוקדם יותר שביניהם.

5. ידוע לי שאם אשנה את דעתי, ואחליט לבטל את הסכמתי, אוכל לעשות זאת על ידי לחתימה על טופס ביטול הסכמה. עם ביטול הסכמתי, לא יוכל ארגון [_____] לגשת למידע רפואי לגביי באופן שיגרתי באמצעות BHIX, אלא אם ועד שאחתום ואמלא שוב טופס חדש של הסכמת חולה. ביטול ההסכמה אינו משפיע על חילופי המידע הרפואי שהתבצעו כאשר הסכמתי הייתה בתוקף.

6. ידוע לי כי אם אסמן מסרב למטה, לא תהיה לארגון [_____] גישה למידע רפואי באמצעות BHIX אפילו במצבי חירום.

7. ידוע לי כי החלטה להשתתף ב-BHIX היא וולונטרית. אף ספק משתתף לא יתנער מלספק לי טיפול רפואי והזכויות הביטוחיות שלי לא יתפגענה אם אסרב להשתתף ב-BHIX .

8. ידוע לי כי אקבל עותק מטופס זה לאחר חתימתי עליו.

הריני מסכים מסרב

להעניק לארגון [_____] גישה ל כל המידע הרפואי שלי מכל מקורות מידע הרפואי באמצעות BHIX.

תאריך לידה של החולה

שם החולה באותיות דפוס

חתימת החולה או אפוטרופוס החולה

תאריך

שם אפוטרופוס החולה באותיות דפוס (אם מתאים)

קרבת האפוטרופוס לחולה