

## Cofnięcie zgody dla Uczestniczącej Placówki Medycznej

\_\_\_\_\_ („\_\_\_\_\_”)

Niniejszym oświadczam, że podpisałem(am) wcześniej Zgodę Pacjenta uprawniającą [\_\_\_\_\_] do dostępu do moich informacji medycznych poprzez system wymiany informacji o zdrowiu pacjenta Brooklyn Health Information Exchange („BHIX”).

Rozumiem, że wycofując moją Zgodę, uniemożliwiam [\_\_\_\_\_] rutynowy dostęp do informacji medycznych na mój temat znajdujących się w systemie BHIX.

Podpisując niniejszy formularz jako Pełnomocnik Pacjenta, rozumiem, że wszelkie sformułowania typu „mnie” lub „moje” zawarte w niniejszym formularzu odnoszą się do Pacjenta.

1. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na wymianę informacji medycznych prowadzoną w trakcie obowiązywania mojej Zgody.
2. Niniejsze Cofnięcie zgody dotyczy wyłącznie [\_\_\_\_\_] i nie odnosi się do jakiegokolwiek zgody udzielonej innej Uczestniczącej Placówce Medycznej w BHIX.
3. Proces przetwarzania mojego Cofnięcia zgody może zająć kilka dni.
4. Wskutek Cofnięcia zgody żadna z Uczestniczących Placówek Medycznych nie odmówi udzielenia mi opieki zdrowotnej, a moje uprawnienia z tytułu ubezpieczenia nie zostaną ograniczone.
5. Rozumiem, że jeżeli chciał(a)bym przywrócić [\_\_\_\_\_] prawo rutynowego dostępu do moich informacji medycznych poprzez system BHIX, mogę to zrobić wypełniając i podpisując nową Zgodę Pacjenta i wręczając ją Uczestniczącej Placówce Medycznej przy okazji następnej wizyty.
6. Rozumiem, że jeżeli nie podpiszę i nie wypełnię nowej Zgody Pacjenta w [\_\_\_\_\_] stwierdzającej, że Odmawiam Zgody, [\_\_\_\_\_] zachowa prawo dostępu do dotyczących mnie informacji medycznych poprzez BHIX w nagłych sytuacjach. Po złożeniu niniejszego Cofnięcia zgody, mogę poprosić [\_\_\_\_\_] o wydanie kopii Zgody Pacjenta, aby Odmówić Dostępu.
7. Rozumiem, że otrzymam kopię niniejszego pisma po jego podpisaniu.

\_\_\_\_\_  
Imię, nazwisko Pacjenta (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia Pacjenta

\_\_\_\_\_  
Podpis Pacjenta lub Pełnomocnika Pacjenta

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Imię, nazwisko Pełnomocnika Pacjenta (jeżeli dotyczy)  
(drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Pokrewieństwo Pełnomocnika względem Pacjenta