

FORMULARZ UPOWAŻNIENIA DO UJAWNIECIA INFORMACJI Z AKT MEDYCZNYCH

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia: _____
Adres: _____ Telefon: _____
_____ E-mail: _____

****Za ujawnienie danych medycznych może zostać pobrana opłata****

Dostarczyć do: _____ (Osoba/Organizacja)

Zaznaczyć metodę dostawy:

Adres pocztowy: _____
 Adres e-mail: _____ Nr faksu: _____

Ujawniane Dane: (Zaznaczyć Wszystkie Właściwe)

Wszystkie dane medyczne Rachunki szczegółowe Inne: _____

Przedstawić kopię danych medycznych dla całego okresu świadczenia usług lub: Od: _____ Do: _____

Uwaga: Ujawnione dane będą zawierać informacje poufne, dotyczące zdrowia psychicznego, nadużywania alkoholu/narkotyków i HIV/AIDS.

To upoważnienie zostanie użyte do następujących celów: (zaznaczyć jedną pozycję)

Żądanie pacjenta Ubezpieczenie Ubezpieczenie społeczne/Niepełnosprawność Inne: _____
 Kontynuacja leczenia Prawnik Odszkodowanie pracownika _____

- Rozumiem, że komunikacja pocztą e-mail związana jest z szeregiem zagrożeń i że istnieje możliwość przejęcia, zmiany, przekazania i/lub przeczytania wysłanej lub odebranej wiadomości e-mail przez inne osoby.
- Rozumiem, że mogę wycofać to upoważnienie na piśmie dla Athletico 600 Oakmont Lane, Suite C, Westmont, IL 60559 w dowolnym momencie, z dniem powiadomienia, z wyjątkiem czynności podjętych już na podstawie tego upoważnienia.
- Rozumiem, że niepodpisanie tego formularza nie będzie mieć wpływu na świadczoną wobec mnie opiekę zdrowotną.
- Rozumiem, że o ile nie zostanie wycofane, to upoważnienie wygaśnie w następującym terminie lub wraz z następującym zdarzeniem: _____
- Jeśli nie podano daty, upoważnienie wygaśnie jeden (1) rok od daty podpisania.
- Rozumiem, że mam prawo przejrzeć moje informacje zdrowotne przed ich ujawnieniem. Rozumiem także, iż mam prawo otrzymać kopię tego upoważnienia.

Podpis pacjenta lub prawnie upoważnionego przedstawiciela

Data

Imię i nazwisko pacjenta lub prawnie upoważnionego przedstawiciela drukowanymi literami
upoważnionego przedstawiciela względem pacjenta

Relacja Prawna

DALSZE UJAWNIANIE: Zawiadamiam się niniejszym pacjenta lub prawnie upoważnionego przedstawiciela podpisującego niniejsze upoważnienie, iż Athletico nie gwarantuje, że odbiorca otrzymujący żądane informacje nie ujawni dalej żadnych lub niektórych z nich innym podmiotom. Zawiadamiam się niniejszym odbiorcą, iż prawo zabrania dalszego ujawniania informacji zdrowotnych dotyczących nadużywania narkotyków i/lub alkoholu, HIV i leczenia problemów psychicznych.
