

Data _____ Imię i Nazwisko _____

(Pierwsze imię)

(Drugie imię)

(Nazwisko)

Wybrany zaimek: Pan/on Pani/ona Państwo/oni Moje imię Bez preferencji Inny zaimek: _____

Wybrane imię lub pseudonim _____ Data urodzenia _____ Wiek _____

Płeć z ubezpieczenia zdrowotnego: Mężczyzna Kobieta

Adres: _____

(Ulica)

(Miasto)

(Stan)

(Kod pocztowy)

Preferowana forma kontaktu: Telefon komórkowy Tel. domowy Tel. dzienny Email Preferowany telefon # _____ **Proszę zaznaczyć, jeżeli wyrażasz zgodę na otrzymywanie powiadomień e-mail/SMS, telefonicznych dotyczących płatności, ubezpieczenia lub przypominających o terminach wizyt ***

*Zaznaczając powyższe pole upoważniam Athletico Physical Therapy do wysyłania powiadomień e-mail, SMS, telefonicznych, dotyczących płatności, ubezpieczenia i terminów wizyt pod wskazany przeze mnie numer telefonu. Upoważniam personel Athletico do pozostawienia na poczcie głosowej wiadomości dotyczących terminów, przypomnień o umówionych wizytach a także informacji o ubezpieczeniu i rozliczeniach. Przyjmuję do wiadomości, że w związku z ww. formami komunikacji istnieje pewne ryzyko związane z przetwarzaniem danych osobowych.

Zgoda na komunikację e-mail

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości e-mail dotyczących terminów wizyt i informacji marketingowych od Athletico Physical na następujący adres e-mail: _____

Język mówiony? _____ Czy potrzebny jest tłumacz? Tak Nie *Przysługuje ci prawo do bezpłatnego korzystania z usług tłumacza. Powiadom lekarza lub pracownika recepcji, jeżeli zachodzi taka potrzeba.*

Nazwa Pracodawcy _____ Telefon do Pracodawcy _____

Adres Lokalny Pracodawcy _____

Osoba kontaktowa z działu kadr _____ Telefon do kadr _____

Jak dowiedziałeś się o Athletico? (Proszę zaznaczyć jedno z poniższych)Reklama Internet Strona Athletico Szkoła Klub Sport. Widowisko Ubezpieczenie Grupa sportowa Zawody Grupa treningowa Placówka Athletico Skierowanie lekarskie Inne Proszę podać nazwę/organizację: _____**Zgoda na komunikację werbalną**Osobę(y) wymienioną(e) poniżej upoważniam do otrzymywania informacji na temat moich: wizyt lekarskich, opieki zdrowotnej i płatności. Niniejsza zgoda **NIE DOTYCZY** informacji zdrowotnych sporządzonych w formie pisemnej.

Imię i nazwisko _____ Pokrewieństwo/Relacja _____

Imię i nazwisko _____ Pokrewieństwo/Relacja _____

Informacje kontaktowe w nagłych wypadkach

Osoba do kontaktu w nagłych wypadkach:

Imię i nazwisko _____ Numer telefonu _____ Pokrewieństwo/Relacja _____

Informacje o lekarzu, który wystawił skierowanie

Lekarz kierujący _____ Telefon _____

Adres _____

Termin kolejnej wizyty: **Data** _____ **Godzina** _____Czy masz lekarza rodzinnego? Tak Nie

Jeżeli tak, czy wyrażasz zgodę na przesłanie kopii korespondencji do lekarza rodzinnego? Proszę wypełnić:

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego _____ Telefon _____

Adres _____

Ubezpieczenie

Czy terapia była konsultowana z ubezpieczycielem? Tak Nie
Czy w tym roku korzystałeś z fizjoterapii/terapii zajęciowej? Tak Nie
Ilość odbytych sesji terapii fizycznej/zajęciowej (w tym chiropraktyka) w tym roku? _____ Były Pacjent? Tak Nie

Ubezpieczenie zdrowotne

Nazwa głównego ubezpieczyciela _____ ID# _____ Grupa # _____
Imię i nazwisko właściciela polisy _____ Pokrewieństwo _____ Data urodzenia _____
Nazwa drugiego ubezpieczyciela _____ ID# _____ Grupa # _____
Imię i nazwisko właściciela polisy _____ Pokrewieństwo _____ Data urodzenia _____

Wypadek samochodowy / obrażenia ciała

Czy chodzi o wypadek samochodowy? Tak Nie Czy doznano obrażeń ciała? Tak Nie
Data wypadku _____
Miasto i stan w jakim doszło do wypadku? _____ Czy toczy się postępowanie prawne? Tak Nie
Imię i nazwisko prawnika/Nazwa kancelarii _____ Numer telefonu do prawnika _____

Odszkodowanie za wypadek przy pracy (Wypełnić należy TYLKO gdy doznano urazu podczas wypadku w miejscu pracy)

**Proszę upewnić się, że informacje o pracodawcy zostały podane na poprzedniej stronie.*

Czy chodzi o potwierdzony uraz powstały w miejscu pracy? Tak Nie Data powstania urazu _____
Miasto i stan w jakim doszło do urazu? _____
Czy w związku z tym wypadkiem przy pracy zaangażowałeś adwokata do reprezentacji prawnej? Tak Nie
Imię i nazwisko adwokata/Kancelaria _____ Numer telefonu do adwokata _____
Nazwa Twojego stanowiska _____ Staż pracy u pracodawcy _____
Aktualny status obowiązków w zakładzie, gdzie doszło do urazu? Pełne Zmodyfikowane Nie pracuję
Czy byłeś ostatnio na pogotowiu (ER) z powodu bólu będącego wynikiem tego urazu przy pracy? Tak Nie
Czy niedawno przeszedłeś operację lub zostałeś przyjęty stacjonarnie do szpitala? Tak Nie
Czy doświadczyłeś ataku bólu, mrowienia, pieczenia i/lub osłabienia pośladka, uda, stopy (uraz kręgosłupa) lub barku, ramienia lub dłoni (uraz szyi)? Tak Nie
Czy obecnie lub kiedykolwiek miałeś: Cukrzycę? Tak Nie Depresję? Tak Nie
Stany lękowe? Tak Nie Nadciśnienie? Tak Nie
Czy obecnie przyjmujesz narkotyki lub opioidy w celu leczenia bólu? Tak Nie
Czy obecnie zażywasz leki rozrzedzające krew? Tak Nie
Czy w twojej ocenie kiedykolwiek miałeś problem z nadużywaniem substancji? Tak Nie Czasami
Czy w przeszłości byłeś nieobecny w zakładzie pracy z powodu urazu doznanego przy pracy? Tak Nie
Czy masz możliwość wyboru pracy w godzinach nadliczbowych? Tak Nie
Czy musisz pracować w godzinach nadliczbowych? Tak Nie

Historia Chorób

Jaka dolegliwość(i) będzie zaadresowana na dzisiejszej terapii? Opisz rodzaj i miejsce występowania symptomów _____

Kiedy (mniej więcej) powyższe symptomy wystąpiły? _____

Symptomy obecnie : Poprawiają się Pogarszają się Są bez zmian

Symptomy obecnie: Nawracają Są Stałe Stałe, ale zmieniają się przy aktywności

Co sprzyja poprawie symptomów? _____

Co sprzyja nasileniu się symptomów? _____

O jakiej porze dnia symptomy się nasilają? Rano Południe Wieczór Nocą

Czy w ostatnim czasie wystąpiły? (Proszę zaznaczyć wszystkie pozycje, które mają zastosowanie)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zmiany funkcji jelit lub pęcherza | <input type="checkbox"/> Bóle głowy | <input type="checkbox"/> Utrata/wzrost wagi | <input type="checkbox"/> Oszołomienie |
| <input type="checkbox"/> Zadyszka | <input type="checkbox"/> Problemy z równowagą przy chodzeniu | <input type="checkbox"/> Drętwość/mrowienie | <input type="checkbox"/> Zmiany apetytu |
| <input type="checkbox"/> Nudności/wymioty | <input type="checkbox"/> Problemy z połykaniem | <input type="checkbox"/> Gorączka/dreszcze /poty | |
| <input type="checkbox"/> Zmęczenie/słabość | | <input type="checkbox"/> Bóle nocne | |
| | | <input type="checkbox"/> Zawroty głowy | |

Dotychczasowe terapie lecznicze podjęte w związku z dolegliwością: Chiropraktyk Akupunktura Zastrzyki

Terapia fizyczna/ zajęciowa Inne _____

Przeprowadzone badania: Prześwietlenie Skan kości CT Scan MRI

Proszę podać historię schorzeń (m.in. upadki, operacje, rozrusznik) włącznie z datami (proszę wskazać, które schorzenie jest aktualne) _____

Czy jesteś w ciąży? Jeżeli tak, w którym tygodniu? _____

Jeżeli jesteś w ciąży, czy doświadczasz bóli związanych z ciążą? _____

MIPS

Wskaźnik BMI: Wzrost _____ Waga _____

Diagnostyka depresji: w ciągu ostatnich 2 tygodni jak często zdarzyło ci się?

- | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brak zainteresowania codziennością: W ogóle nie | <input type="checkbox"/> Kilka dni | <input type="checkbox"/> Połowę okresu dwóch tyg. | <input type="checkbox"/> Omal codziennie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Zły nastrój, depresja lub beznadzieja: W ogóle nie | <input type="checkbox"/> Kilka dni | <input type="checkbox"/> Połowę okresu dwóch tyg. | <input type="checkbox"/> Omal codziennie | <input type="checkbox"/> |

Leki: Czy obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki, zioła, witaminy, suplementy, produkty na bazie marihuany? Tak Nie

Jeżeli tak, proszę wymienić je poniżej.

Nazwa leku	Ile (dawka)	Jak często	Postać leku (proszę wybrać jedną odpowiedź)
_____	_____	_____	Maść <input type="checkbox"/> Tabl. <input type="checkbox"/> Krople <input type="checkbox"/> Plaster <input type="checkbox"/> Zastrzyk <input type="checkbox"/> Inhalato <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Maść <input type="checkbox"/> Tabl. <input type="checkbox"/> Krople <input type="checkbox"/> Plaster <input type="checkbox"/> Zastrzyk <input type="checkbox"/> Inhalato <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Maść <input type="checkbox"/> Tabl. <input type="checkbox"/> Krople <input type="checkbox"/> Plaster <input type="checkbox"/> Zastrzyk <input type="checkbox"/> Inhalato <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Maść <input type="checkbox"/> Tabl. <input type="checkbox"/> Krople <input type="checkbox"/> Plaster <input type="checkbox"/> Zastrzyk <input type="checkbox"/> Inhalato <input type="checkbox"/>

Proszę wymienić alergie (m.in., na leki, lateks, klej) _____

Diagnostyka ryzyka upadku:

- Ilość upadków w ostatnim roku kalendarzowym? 0 1 2+
- Czy na skutek upadku powstały obrażenia? Tak Nie

Diagnostyka wykorzystywania/przemocy: Czy cierpisz z powodu przemocy (np.: fizycznej, emocjonalnej, psychologicznej), zaniedbania, porzucenia, przemocy finansowej lub bezzasadnej kontroli? Tak Nie

Spożywanie alkoholu: Ilość drinków spożywanych dziennie w obecnym roku, 5 (mężczyźni) i 4 (kobiety, osoby powyżej 65lat) _____

Tytoń (12+ roku życia): Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy paliłeś tytoń? (Wybierz jedną opcję) Tak Nie

Diagnostyka funkcji miednicy:

- Czy aktualnie zdiagnozowano u Ciebie nietrzymanie moczu? Tak Nie
- Niezależnie od diagnozy czy nietrzymanie moczu występuje obecnie? Tak Nie
- Czy występują inne objawy lub dolegliwości związane z funkcjonowaniem miednicy (m.in., uczucie ciężkości dna miednicy, ból miednicy/pęcherza lub jamy brzusznej, nieregularne wypróżnianie) Tak Nie

Zwyczaje/Rekreacja/Aktywność fizyczna

Dom Kondominium/Mieszkanie Ośrodek mieszkalny Dom opieki

Czy mieszkasz sam: Tak Nie

Czy pracujesz obecnie: Tak, pełny zakres obowiązków Tak, lżejszy zakres obowiązków Nie

Data ostatniego zatrudnienia _____

Athletico Physical Therapy stosuje się do obowiązujących przepisów federalnych dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, wiek, wyznanie, płeć, pochodzenie, status ekonomiczny, orientację seksualną, ekspresję i tożsamość płciową, niepełnosprawność, status weterana czy źródło dochodów. Każda osoba traktowana jest indywidualnie z godnością, współczuciem i szacunkiem.

04/01/23

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt: 1-877-ATHLETICO | email: info@athletico.com

1. ZGODA NA LECZENIE: Niniejszym wyrażam zgodę i upoważniam mojego terapeutę oraz innych pracowników medycznych i asystentów, którzy mogą być zaangażowani w opiekę nade mną, do zapewnienia opieki i leczenia przepisanego lub zaleconego przez mojego lekarza, terapeutę lub innych pracowników medycznych. Rozumiem, że (i) diagnoza fizjoterapeutyczna nie jest diagnozą medyczną postawioną przez lekarza; (ii) moje leczenie może obejmować techniki, które mogą powodować ból, urazy, siniaki, zaczerwienienie skóry, bolesność po zabiegu, krwiaki i pogorszenie istniejących objawów; oraz (iii) moim obowiązkiem jest poinformowanie mojego terapeuty lub innego pracownika medycznego, jeśli odczuwam jakikolwiek dyskomfort, ból lub obawy w trakcie bądź w wyniku leczenia albo jeśli mam inne niewyjaśnione wątpliwości związane z moim leczeniem. Rozumiem, że reakcja na interwencję fizjoterapeutyczną jest różna u poszczególnych osób i istnieje możliwość, iż leczenie będzie skutkowało pogorszeniem istniejących objawów lub może spowodować ból bądź uraz.

2. UMOWA DOTYCZĄCA OBECNOŚCI NA WIZYCIE:

- Zgadzam się powiadomić o odwołaniu lub zmianie terminu wizyty z co najmniej 24-godzinnym wyprzedzeniem. Jeśli odwołam wizytę na mniej niż 24 godziny przed jej terminem lub nie pojawię się na wizycie, **zostanie naliczona opłata za anulowanie wizyty w wysokości 40 \$ („Opłata za anulowanie wizyty”).**
- Przyjmuję do wiadomości, że jeśli spóźnię się na umówioną wizytę więcej niż 15 minut, może zaistnieć konieczność zmiany terminu wizyty oraz może ciążyć na mnie obowiązek uiszczenia Opłaty za anulowanie wizyty.

3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PŁATNOŚĆ: Zgadzam się, że ponoszę odpowiedzialność finansową za wszystkie świadczone mi usługi, w tym wszelkie współpłaty, współubezpieczenia, udział własny i inne opłaty niepokryte lub odrzucone przez mojego ubezpieczyciela zdrowotnego albo innego płatnika. Jeżeli zdecyduję się, aby mój ubezpieczyciel zdrowotny zwrócił koszty usług Athletico, wyrażam zgodę na wystawienie rachunku przez Athletico mojemu ubezpieczycielowi. Rozumiem, że zakres ubezpieczenia jest różny i mój ubezpieczyciel może nie pokrywać kosztów wszystkich usług, jakie mi świadczone. Rozumiem, że płatność należy uiszczyć w chwili wykonania usługi lub po otrzymaniu rachunku. Wyrażam zgodę na udostępnienie Athletico moich aktualnych danych ubezpieczeniowych i innych danych płatnika. Rozumiem, że moim obowiązkiem jest zapoznanie się z moim planem ubezpieczeniowym i jego zasadami oraz kierowanie wszelkich pytań dotyczących mojego ubezpieczenia zdrowotnego lub poziomu świadczeń do mojego ubezpieczyciela zdrowotnego. W przypadku konieczności przeprowadzenia procedur windykacyjnych ponoszę odpowiedzialność za wszelkie dodatkowe koszty powstałe w związku z takimi procedurami.

Jeżeli zapłacę jakąkolwiek kwotę czekiem, niniejszym upoważniam Athletico do wykorzystania informacji z czeku w celu przetworzenia jednorazowego przelewu elektronicznego (EFT/ACH) lub wystawienia czeku z mojego konta, dzięki czemu środki mogą zostać wypłacone z mojego konta jeszcze tego samego dnia. Przyjmuję do wiadomości, że nie otrzymam zwrotu czeku od mojej instytucji finansowej.

4. PRZENIESIENIE ŚWIADCZEŃ: Niniejszym przenoszę na Athletico wszelkie moje prawa i roszczenia o zwrot kosztów wynikające z mojego ubezpieczenia zdrowotnego. Wyrażam zgodę na współpracę z Athletico i podanie informacji niezbędnych do ustalenia moich uprawnień do takich świadczeń.

5. DOKUMENTACJA KLINICZNA WSPOMAGANA AI: Athletico może korzystać z technologii zapisu wspomaganą sztuczną inteligencją do pomocy w tworzeniu dokumentacji medycznej i innych czynnościach związanych z opieką zdrowotną. Wykorzystanie tej technologii wiąże się z zapisem audio moich interakcji klinicznych i sesji fizjoterapeutycznych w celach dokumentacyjnych. Zezwolenie na zapis audio jest całkowicie dobrowolne i wyrażam zgodę na nagrywanie mnie w tym celu. Rozumiem, że jeśli nie wyrażam zgody na zapis audio moich interakcji ze świadczeniodawcami, mogę w każdej chwili wycofać zgodę, informując o tym swojego terapeutę. Więcej informacji można znaleźć w Polityce prywatności Athletico dostępnej na stronie internetowej Athletico.

Składając podpis poniżej, potwierdzam, że znam treść wszystkich oświadczeń zawartych w tym dokumencie, rozumiem je i w pełni się z nimi zgadzam oraz podpisuję je poniżej dobrowolnie i z własnej woli.

Drukowane imię i nazwisko pacjenta

Podpis pacjenta lub osoby prawnie odpowiedzialnej

Data

Drukowane imię i nazwisko osoby powyżej (jeśli nie jest to pacjent)

DOSTĘP DO INFORMACJI ZDROWOTNYCH I ICH UDOSTĘPNIANIE: Rozumiem, że Athletico może dokumentować dane medyczne i inne informacje związane z moim leczeniem w formie elektronicznej i innych postaciach, które będą wykorzystywane w trakcie mojego leczenia, w celach płatniczych i w celu zapewnienia pomocy osobom, które się mną opiekują. Upoważniam moich lekarzy i personel administracyjny Athletico do skontaktowania się z innymi pracownikami medycznymi, którzy mogą posiadać informacje dotyczące mojego wcześniejszego i obecnego stanu zdrowia oraz leczenia.

- Potwierdzam, że przekazano mi *Powiadomienie o zasadach ochrony prywatności Athletico*, które określa, w jaki sposób moje dane medyczne mogą być wykorzystywane i ujawniane, a także w jaki sposób mogę uzyskiwać dostęp do moich danych medycznych i je kontrolować. (Proszę zaznaczyć pole)

Athletico przestrzega obowiązujących przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność ani płeć.

W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt: 1-877-ATHLETICO | e-mail: info@athletico.com

Twoje prawa

W związku z przetwarzaniem danych medycznych przysługują ci pewne prawa. W tej części opisano jak z nich korzystać.

Prawo do otrzymania kopii elektronicznej bądź papierowej

- Możesz złożyć wniosek o wydanie kopii twoich danych medycznych w formie elektronicznej lub papierowej. Wniosek ten składa się w formie pisemnej.
- Kopie twoich danych medycznych prześlemy w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku. Pacjent może ponieść koszty sporządzenia kopii.

Prawo do korekty lub zmiany danych medycznych

- Możesz zwrócić się z pisemnym wnioskiem o korektę, jeżeli twoim zdaniem dane medyczne są niepełne lub niepoprawne.
- Przysługuje nam jednak prawo odmowy skorygowania informacji a o powodach odmowy poinformujemy cię pisemnie.

Prawo do poufnej komunikacji

- Możesz zwrócić się do nas z prośbą o specyficzną formę kontaktu (np. Telefon komórkowy) lub podać inny adres do doręczeń. Spełnimy wszystkie uzasadnione prośby.

Prawo do żądania ograniczeń wykorzystywania i ujawniania

- Możesz poprosić nas o zaniechanie przetwarzania i udostępniania twoich danych medycznych na potrzeby leczenia, płatności bądź działań operacyjnych.
- Nie jesteśmy zobowiązani przychylić się ww. żądaniu, przysługuje nam prawo odmowy, gdyby decyzja ta miała wpływ na świadczoną opiekę.
- Na twoją prośbę, jeżeli płacisz za świadczenie zdrowotne w całości z własnej kieszeni, nie informujemy o tym fakcie twojego ubezpieczyciela oraz nie użyjemy tych informacji do celów operacyjnych i finansowych.
- Za wyjątkiem, gdy ujawnienie takiej informacji jest wymagane przez prawo.

Prawo do informacji o naruszeniach

- Powiadomimy cię, jeśli dojdzie do naruszenia poufności twoich danych medycznych

Wykorzystywanie i ujawnianie danych

Mamy prawo ujawnić i przetworzyć twoje dane medyczne bez twojej pisemnej zgody w następujących przypadkach:

Pomoc w zarządzaniu procesem leczenia

- Twoje dane medyczne mogą być wykorzystane w procesie świadczenia i koordynowania opieki medycznej. Przykładowo, fizjoterapeuta ujawni twoje dane medyczne podczas konsultacji z twoim lekarzem rodzinnym w sprawie dotyczącej twojego stanu zdrowia.

Prawo do otrzymania wykazu informacji, które udostępniłmy innym podmiotom

- Masz prawo do otrzymania listy informacji, które udostępniłmy innym podmiotom, jeżeli tak się stało. W skład ww. listy nie wchodzi ujawnienia dotyczące przebiegu leczenia, płatności bądź związane z działalnością operacyjną placówki i inne informacje o których ujawnienie wnioskowałaś.
- Chodzi tu o dane medyczne sięgające 6 lat wstecz.
- Przysługuje ci prawo do otrzymania jednej, bezpłatnej kopii rocznie. Jeżeli jednak w ciągu 12 m-cy zawnioskujesz o kolejną kopię, obciążymy cię kosztami jej sporządzenia.

Prawo do Uzyskania Kopii Niniejszego Dokumentu.

- Możesz poprosić o kopię niniejszego dokumentu w dowolnym momencie, nawet gdy wcześniej zawnioskowałaś o wersję elektroniczną. Niezwłocznie dostarczymy ci wersję papierową.

Ochrona twoich danych medycznych jest dla nas ważna

- Jesteśmy prawnie zobowiązani do zachowania poufności i bezpieczeństwa twoich chronionych informacji medycznych. Obowiązki i praktyki co do poufności zawarte w niniejszym dokumencie są dla nas wiążące.
- Jeżeli uważasz, że naruszyliśmy twoje prawo do poufności, skontaktuj się z naszym Specjalistą ds. poufności pod numerem telefonu: 630-575-1962 lub www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Możesz także złożyć pisemną skargę do Urzędu Praw Obywatelskich przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Wniesienie skargi nie niesie za sobą żadnych konsekwencji.
- Jeżeli chcesz skorzystać z ww. przysługujących ci praw, możesz złożyć wniosek w formie pisemnej. Formularze dostępne są na żądanie w każdej z naszych placówek lub pod numerem telefonu podanym na końcu niniejszego dokumentu.

Płatności

- Użyjemy twoich danych medycznych na potrzeby wystawienia rachunku lub otrzymania płatności za świadczenia medyczne.

Na przykład: skontaktujemy się z twoim ubezpieczycielem celem otrzymania zapłaty za świadczone usługi medyczne.

Komunikacja z pacjentem

- Możemy kontaktować się z tobą celem przypomnienia o nadchodzących terminach wizyt oraz w sprawach rozliczeń i płatności.

Wykorzystywanie i ujawnianie danych c.d.

Członkowie rodziny i inne osoby zaangażowane w twoją opiekę

- O ile nie wyrazisz sprzeciwu, możemy ujawnić twoje dane medyczne członkowi rodziny, krewnemu lub bliskiemu przyjacielowi zaangażowanemu w twoją opiekę lub opłacający twoją opiekę.

Przykładowo, ujawnimy twoje dane medyczne członkowi rodziny, celem ułatwienia zrozumienia procesu twojego leczenia, uproszczenia opłacania rachunków lub umawiania wizyt.

Ubezpieczenie pracownicze

- Ujawnimy twoje dane medyczne w zakresie dopuszczonym przez prawo i w zakresie niezbędnym do przestrzegania przepisów dotyczących odszkodowań pracowniczych lub podobnych programów ustanowionych przez prawo. Programy te zapewniają benefity w przypadku doznania urazu bądź choroby w wyniku wypadku przy pracy.

Zgodność z wymogami prawa

- Twoje dane medyczne mogą być udostępnione, gdy wymaga tego prawo federalne, stanowe lub lokalne.

Działania w zakresie ochrony zdrowia publicznego

- Możliwe, że w ramach obowiązującego prawa, prześlemy twoje dane medyczne agencjom nadzorującym zdrowie publiczne.
Przykładowo, działania nadzorujące mogą obejmować: audyty, dochodzenia i inspekcje niezbędne do rządowego monitorowania zdrowia publicznego.

Wykorzystywanie danych do celów marketingowych

- Możemy wykorzystać twoje dane medyczne, aby kontaktować się z tobą w sprawach dotyczących świadczeń, produktów lub nowych placówek, które naszym zdaniem mogą cię zainteresować.

Prowadzenie badań

- W niektórych okolicznościach, za twoją zgodą, wykorzystamy twoje dane medyczne do celów badawczych.

Zapobieganie poważnym zagrożeniom bezpieczeństwa

- Ujawnimy twoje dane medyczne w sytuacjach takich jak: zapobieganie chorobom, zgłaszanie podejrzeń nadużyć, zaniedbań, przemocy domowej, zapobieganie lub minimalizowanie niebezpieczeństwa związanego z poważnym zagrożeniem dla zdrowia i bezpieczeństwa każdej osoby.

Organy ścigania i specjalne jednostki rządowe

- Twoje dane medyczne zostaną, ujawnione zgodnie z obowiązującym prawem dla celu egzekwowania przepisów prawa. W pewnych okolicznościach ujawnimy dane medyczne wyspecjalizowanym jednostkom rządowym.

W ramach postępowania sądowego

- Udostępnimy twoje dane medyczne w odpowiedzi na nakaz sądowy, nakaz stawienia się na rozprawę lub temu podobne.

Partnerzy biznesowi

- Twoje dane medyczne mogą być udostępnione innym osobom lub firmom tzw. "partnerom biznesowym", które świadczą usługi dla Athletico.
Przykładowo, partnerem biznesowym jest firma zarządzająca rozliczeniami dla Athletico. We wszystkich przypadkach wymagamy od naszych partnerów biznesowych odpowiedniej ochrony twoich danych medycznych.

Rodzice i prawni opiekunowie osób nieletnich

- Zgodnie z prawem federalnym i stanowym, dane medyczne osób nieletnich będą ujawnione ich rodzicom lub opiekunom.

Informacje wysoce poufne

- Przepisy federalne i stanowe przewidują dodatkową ochronę pewnych danych medycznych. Chodzi tu o dane dotyczące zdrowia psychicznego, HIV/AIDS, leczenia uzależnień od alkoholu lub narkotyków.

Uses and disclosures pursuant to an authorization

Other uses and disclosures of your protected health information, not described above, will be made only with your written authorization. You may revoke your authorization, in writing, at any time, except that a revocation will not affect any uses or disclosures we have made in reliance on such authorization.

Changes to the terms of this notice

We can change the terms of this Notice and the changes will apply to all information we have about you. The new Notice will be available upon request, posted at each of our facilities and our web site at athletico.com.

This Notice of Privacy Practices applies to Athletico Holdings, LLC and its subsidiaries and controlled affiliates (including, without limitation, Athletico, Ltd. and its subsidiaries) (collectively, "Athletico"). Please visit our website for a full listing of all Athletico locations.

If you have any questions, or would like to discuss this Notice in more detail, please contact the privacy officer at 630-575-1962 or .c.compliance@athletico.com. This Notice is effective as of April 1, 2018

Wykorzystywanie i ujawnianie danych za zgodą pacjenta

Udostępnianie twoich danych medycznych w przypadkach nie wymienionych w niniejszym dokumencie będzie możliwe tylko za twoją pisemną zgodą. Możesz cofnąć tę zgodę w formie pisemnej w każdym momencie. Nie dotyczy to sytuacji, w której ujawniliśmy dane medyczne w oparciu o wyżej wymienioną zgodę.

Zmiany niniejszego dokumentu

Zastrzegamy sobie prawo do zmiany niniejszego dokumentu i zastosowania go w odniesieniu do twoich danych medycznych. Zmieniony dokument dostępny będzie na żądanie a także opublikujemy jego nową wersję w naszych placówkach oraz na naszej stronie internetowej athletico.com.

Niniejsza klauzula o praktykach ochrony danych medycznych dotyczy Athletico Holdings LLC oraz jej spółek zależnych i kontrolowanych podmiotów stowarzyszonych (włączając Athletico Ltd. oraz spółki zależne) (zwanym ogólnie „Athletico”). Informacje o pozostałych lokalizacjach Athletico znajdziesz na naszej stronie internetowej.

W przypadku pytań bądź chęci przedyskutowania szczegółów niniejszego dokumentu, prosimy o kontakt ze Specjalistą ds. poufności pod numerem telefonu 630-575-1962 lub: .c.compliance@athletico.com. Niniejszy dokument obowiązuje od dnia 1 Kwietnia 2018 roku.

Dla rezydentów stanu Maryland posiadających tylko Medicare part B

Zdecydowaliśmy się na udział w Chesapeake Regionalnym Systemie Informacyjnym dla naszych pacjentów (w skrócie: "CRISP"), który jest giełdą wymiany danych medycznych pacjenta (w skrócie: "HIEs") na obszarze stanu Maryland. CRISP jest również związany z innymi HIEs włączając te w Alasce, Connecticut, D.C, Maryland i Wirginii Zachodniej i wymienia z nimi dane medyczne pacjentów. Zgodnie z obowiązującym prawem, dane medyczne pacjenta będą udostępniane tym ww. giełdom celem zapewnienia szybszego dostępu i koordynacji opieki zdrowotnej oraz aby umożliwić świadczeniodawcom i placówkom zdrowia publicznego podejmowanie bardziej świadomych decyzji. Możesz cofnąć zgodę na ujawnianie Twoich danych medycznych i dostęp do nich przez CRISP dzwoniąc pod numer telefonu: 1-877-952-7477 lub wypełniając formularz "cofnięcia zgody" oraz wysyłając go do CRISP drogą pocztową, faksem lub elektronicznie www.crisphealth.org. Raporty publiczne dotyczące zdrowia publicznego oraz Informacje o Niebezpiecznych Substancjach Kontrolowanych w ramach Programu Monitorowania Leków na Receptę stanu Maryland („PDMP”) będą nadal dostępne dla świadczeniodawców.