

**FORMULARZ UPOWAŻNIENIA DO UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI Z
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Prosimy wypełnić wszystkie pola, aby zapewnić terminowe rozpatrzenie

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia: _____

Adres: _____ Telefon: _____

Miasto i stan: _____ E-mail: _____

Za udostępnienie dokumentacji medycznej może zostać naliczona opłata

Komu ma zostać wysłana dokumentacja? _____

W jaki sposób ma zostać dostarczona dokumentacja?

Adres pocztowy: _____

Adres e-mail: _____

Nr faksu : _____

Jaki rodzaj dokumentacji jest potrzebny? **(Zaznacz wszystkie odpowiednie opcje)**

Dokumentacja medyczna Dokumentacja medycyny pracy Szczegółowe zestawienia rozliczeniowe Inne: _____

Jaki okres świadczeń jest potrzebny? Od: _____ Do: _____

Uwaga: Udostępnienie dokumentacji może obejmować informacje poufne, takie jak informacje dotyczące zdrowia psychicznego, nadużywania alkoholu / substancji psychoaktywnych oraz HIV/AIDS.

W jakim celu ta dokumentacja będzie wykorzystywana?

Wniosek pacjenta Ubezpieczenie Ubezpieczenie społeczne / Inne: _____
Niepełnosprawność

Kontynuacja opieki Prawnik Odszkodowanie pracownicze

- Rozumiem, że komunikacja za pośrednictwem poczty elektronicznej wiąże się z pewnym ryzykiem i istnieje możliwość, że wysłane lub otrzymane wiadomości e-mail mogą zostać przechwycone, zmienione, przekazane dalej i/lub odczytane przez osoby trzecie.
- Rozumiem, że mogę odwołać niniejsze upoważnienie na piśmie, kierując je na adres **Athletico 2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523** w dowolnym momencie, a odwołanie będzie skuteczne w dniu powiadomienia, z wyjątkiem zakresu, w jakim podjęto działania na podstawie niniejszego upoważnienia.
- Rozumiem, że niepodpisanie tego formularza nie będzie miało wpływu na moją opiekę zdrowotną.
- Rozumiem, że o ile nie zostanie wcześniej odwołane, niniejsze upoważnienie wygaśnie w następującym terminie lub w wyniku następującego zdarzenia: _____
- Jeśli nie wskazano daty, upoważnienie wygaśnie po upływie jednego (1) roku od daty podpisania.
- Rozumiem, że mam prawo zapoznać się z moimi informacjami zdrowotnymi przed ich udostępnieniem. Rozumiem również, że mam prawo otrzymać kopię niniejszego upoważnienia.

Podpis pacjenta lub prawnie upoważnionego przedstawiciela***

Data

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) pacjenta lub prawnie upoważnionego przedstawiciela***
przedstawiciela do pacjenta

Relacja prawnie upoważnionego

PONOWNE UDOSTĘPNIENIE: Niniejszym informuje się pacjenta lub przedstawiciela prawnego podpisującego to upoważnienie, że Athletico nie może zagwarantować, iż odbiorca żądanych informacji zdrowotnych nie udostępni ich ponownie osobom trzecim.- Ponadto informuje się odbiorcę, że przepisy federalne i stanowe mogą ograniczać ponowne udostępnianie niektórych wrażliwych rodzajów informacji dotyczących zdrowia, w tym dokumentacji dotyczącej leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, informacji związanych z HIV oraz informacji dotyczących leczenia zaburzeń psychicznych, a także że ponowne udostępnienie tych kategorii informacji może być zabronione bez wyraźnej pisemnej zgody pacjenta lub w innych przypadkach przewidzianych przez prawo.---

2.04.2026