

ATHLETICO

PHYSICAL THERAPY

INFORMACJE O PACJENCIE

(Prosimy wypełnić obie strony formularza)

Data _____ Klinika _____

Imię i nazwisko _____
(Imię) (Nazwisko) (Drugie imię)

Adres _____ Numer mieszkania _____

Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Telefon w ciągu dnia _____ Telefon domowy _____

Telefon komórkowy _____ Jeśli chciał/a/by Pan/Pani, otrzymywać wiadomości tekstowe, proszę zaznaczyć tutaj ☐

Data urodzenia _____ Adres email _____

Aby otrzymywać informacje o aktualnościach, seminariach, wydarzeniach

Stan cywilny: ŻONATY/ZAMĘŻNA ☐ STAN WOLNY ☐ INNY ☐ PŁEĆ M ☐ K ☐ BYŁY PACJENT: TAK ☐ NIE ☐

Z jakiego źródła, poza gabinetem lekarskim, dowiedział się Pan/Pani o Athletico?

Organizacje zawodowe * Golf * Przedstawienia artystyczne * Strona internetowa * Ubezpieczenie * Placówka/Znak Athletico * Program Endurance Rugby * Reklama * Żadne, skierowanie od lekarza * Pracownik Athletico fitness * Klub/Organizacja * Athletico/Accelerated Rehab

W przypadku zakreślenia którejs z powyższych kategorii, proszę podać nazwę/organizację _____

Czy polecił nas Panu/Pani któryś z pacjentów Athletico? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko _____

Czy polecił nas Panu/Pani pracownik Athletico? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko _____

Czy miał(a) Pan/Pani terapię w ciągu tego roku kalendarzowego? TAK ☐ NIE ☐ JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ GDZIE _____

INFORMACJE O ZATRUDNIENIU/SZKOLE

Pracodawca _____ Szkoła _____

INFORMACJE DOTYCZĄCE LEKARZA

Lekarz wydający skierowanie _____ Numer telefonu _____

Adres _____

Proszę wypełnić poniżej, jeśli chciał/a/by Pan/Pani, aby kopie korespondencji były wysyłane do lekarza prowadzącego:

Lekarz prowadzący _____ Numer telefonu _____

Adres _____

INFORMACJE DODATKOWE

Jaki jest Pana/Pani podstawowy język? _____

Macie Państwo prawo do tłumacza bez dodatkowych kosztów. Jeśli chcieliby Państwo skorzystać z tej usługi, to należy powiadomić o tym Państwa lekarza lub biuro koordynujące.

Czy potrzebuje Pan/Pani tłumacza? TAK ☐ NIE ☐

WYPADEK SAMOCHODOWY/INFORMACJA O OSOBACH TRZECICH UCZESTNICZĄCYCH W WYPADKU SAMOCHODOWYM

Czy jest to wypadek samochodowy? TAK ☐ NIE ☐ Data wypadku _____

W jakim mieście i stanie zdarzył się wypadek? _____

Czy został wytoczony proces sądowy? TAK ☐ NIE ☐ Nazwa kancelarii adwokackiej _____

Imię i nazwisko adwokata _____ Numer telefonu adwokata _____

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Podstawowa firma ubezpieczeniowa _____

Imię i nazwisko ubezpieczonego _____ Pokrewieństwo _____

Data urodzenia _____ Numer identyfikacyjny _____ Grupa _____

Dodatkowa firma ubezpieczeniowa _____

Imię i nazwisko ubezpieczonego _____ Pokrewieństwo _____

Data urodzenia _____ Numer identyfikacyjny _____ Grupa _____

Czy zweryfikował(a) Pan/Pani swoje świadczenia terapeutyczne ze swoją firmą ubezpieczeniową? Tak ☐ Nie ☐
Jeśli nie, usilnie do tego Pana/Panią namawiamy.

WORKERS COMPENSATION (UBEZPIECZENIE OD WYPADKÓW W PRACY)

Pracodawca: _____ Numer telefonu pracodawcy: _____

Siedziba pracodawcy - Miasto / Stan: _____

Stanowisko: _____

Czy obrażenia odniesione w pracy zostały uznane przez Workers Comp (Ubezpieczenie od wypadków w pracy)? TAK ☐ NIE ☐
Data wypadku _____

W jakim mieście odniósł/odniosła Pan/Pani obrażenia w pracy? _____

Nazwa kancelarii adwokackiej _____ Imię i nazwisko adwokata _____

Numer telefonu adwokata _____

ATHLETICO

PHYSICAL THERAPY

HISTORIA CHOROBY PACJENTA & ANKIETA

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Wiek: _____

Z jakim problemem zgłasza się Pan/Pani dzisiaj do nas? (Proszę opisać rodzaj i miejsce występujących objawów)

Proszę podać datę (w przybliżeniu) pojawienia się obecnych objawów? _____

Jak pojawił(y) się problem(y)? _____

W chwili obecnej moje objawy:	ZMNIEJSZYŁY SIĘ	POGORSZYŁY SIĘ	NIE ZMIENIAJĄ SIĘ
Obecnie moje objawy:	POJAWIAJĄ SIĘ I ZNIKAJĄ	SĄ STAŁE	SĄ STAŁE, ALE ZMIENIAJĄ SIĘ W ZALEŻNOŚCI OD WYKONYWANEJ CZYNNOŚCI

Co sprawia, że czuje się Pan/Pani *lepiej*? _____

Co sprawia, że czuje się Pan/Pani *gorzej*? _____

O której porze dnia Pana/Pani objawy są najgorsze: RANO PO POŁUDNIU WIECZOREM W NOCY

Jakiemu leczeniu poddał(a) się Pan/Pani do tej pory w związku z obecnym problemem (proszę zakreślić):

Chiropraktyka Akupunktura Zastrzyki Fizykoterapia/Terapia zajęciowa Inne: _____

Czy korzystał(a) Pan/Pani z fizykoterapii/terapii zajęciowej w ciągu ostatniego roku kalendarzowego?
TAK NIE

Proszę podać przybliżoną liczbę sesji terapeutycznych, które miał(a) Pan/Pani w tym roku kalendarzowym.

Badania specjalistyczne przeprowadzone w związku z problemem i ich wyniki (proszę zakreślić):

Prześwietlenie rentgenowskie _____	Scyntygrafia (skan) kości _____
Tomografia komputerowa (CT) _____	Rezonans magnetyczny (MRI) _____ Inne: _____

Czego Pan/Pani oczekuje po terapii? _____

Data następnej wizyty u lekarza: _____

HISTORIA CHOROBY

Czy w ostatnim czasie zauważył(a) Pan/Pani któreś z poniższych (proszę zaznaczyć wszystkie odpowiedzi, które Pana/Pani dotyczą):

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Zmiany w oddawaniu kału lub moczu | ☐ Bóle głowy | ☐ Utrata/przybranie na wadze |
| ☐ Duszności | ☐ Zawroty głowy/uczucie pustki w głowie | ☐ Drętwienie/mrowienie |
| ☐ Nudności/wymioty | ☐ Trudności z utrzymaniem równowagi podczas chodzenia | ☐ Gorączka/dreszcze/poty |
| ☐ Osłabienie/zmęczenie | ☐ Trudności z przełykaniem | ☐ Ból w nocy |
| | | ☐ Zmiana apetytu |

Proszę wymienić przebyte choroby i zabiegi (np. upadki, rozrusznik, operacje) oraz podać daty (proszę zaznaczyć, czy dotyczyły obecnego schorzenia): _____

Proszę wymienić alergie (np. na lateks, plastry opatrunkowe): _____

Do KOBIET: Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE Jeśli tak, to w którym tygodniu? _____

Czy w ostatnim miesiącu dokuczały Panu/Pani uczucia przygnębienia, depresji lub beznadziejności? TAK NIE

Czy w ostatnim miesiącu stracił(a) Pan/Pani zainteresowanie lub przestał(a) odczuwać przyjemność z wykonywania różnych rzeczy? TAK NIE

Czy chciał/a/by Pan/Pani skorzystać z pomocy w związku z tymi dolegliwościami? TAK TAK, ALE NIE DZISIAJ NIE

LEKARSTWA

Proszę podać nazwy wszystkich lekarstw, witamin, suplementów oraz leków bez recepty, które aktualnie Pan/Pani przyjmuje. Jeżeli posiada Pan/Pani szczegółową listę, możemy ją skopiować.

Nazwa lekarstwa	Dawka	Jak często	W jaki sposób przyjmowane (proszę zaznaczyć jedno)					
			maść	tabletki	krople	plaster	zastrzyk	inhalator
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Proszę wymienić lekarstwa, na które jest Pan/Pani uczulony(a) i reakcję po ich zażyciu: _____

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania:

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź: Dom Mieszkanie Dom pomocy społecznej Dom spokojnej starości

Czy mieszka Pan/Pani sam(a)? TAK NIE

Praca:

Aktualnie wykonywana praca: Lekka praca Pełen zakres obowiązków bez ograniczeń Nie pracuję

Jeżeli Pan/Pani nie pracuje, to kiedy pracował(a) Pan/Pani po raz ostatni? _____

Czas wolny/Hobby/Aktywność fizyczna: _____

Z jakich czynności składa się Pana/Pani dzień (proszę zakreślić kółkiem wszystkie wykonywane czynności):

Siedzenie Stanie Chodzenie Podnoszenie Inne: _____

Czy używa Pan/Pani tytoniu? TAK NIE Jeśli tak, proszę podać rodzaj, ilość oraz jak często: _____

Spożywanie alkoholu i częstość: _____

Czy jest jeszcze coś, co powinniśmy wiedzieć i ma związek z Pana/Pani leczeniem? _____

Powyższe podane przeze mnie informacje są kompletne, prawdziwe oraz poprawne zgodnie z moją wiedzą.

Podpis pacjenta/opiekuna: _____ Data: _____

ATHLETICO

PHYSICAL THERAPY

Zgoda i oświadczenie o odpowiedzialności finansowej

1. ZGODA NA LECZENIE: Wyrażam zgodę i upoważniam mojego fizykoterapeutę, terapeutę zajęciowego i innych pracowników służby zdrowia i asystentów, którzy mogą być zaangażowani w moją opiekę, do zapewnienia opieki i leczenia zaleconego i uznanego za konieczne i/lub wskazanego przez mojego lekarza(y)/świadczeniodawcę(ów) opieki zdrowotnej. Przyjmuję do wiadomości, że nie zagwarantowano mi wyników leczenia.

2. ZGODA NA DOTRZYMANIE TERMINU WIZYT: Rozumiem znaczenie regularnego uczestniczenia w terapii i zgłaszania się o czasie na umówioną wizytę. Przyjmuję do wiadomości, że moja wizyta może zostać przełożona, jeśli spóźnię się ponad 15 minut na omówioną wizytę. Rozumiem, jak ważne jest ustalenie i zaplanowanie spotkań z wyprzedzeniem i rozumiem, że ustalone godziny terapii w jednym tygodniu nie przechodzą automatycznie na kolejne tygodnie. Zgadzam się poinformować z co najmniej 24-godzinnym wyprzedzeniem o konieczności odwołania lub przełożenia wizyty oraz przyjmuję do wiadomości, że odwołanie mojej wizyty mniej niż na 24 godziny przed lub niezjawienie się na wizytę będzie prawdopodobnie prowadzić do kary za odwołanie wizyty/niestawienie się, w wysokości 30 dolarów lub 60 dolarów, w zależności od rodzaju wizyty.

PACJENCI Z WORKERS COMPENSATION (UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW): Prosimy Państwa o pełną współpracę i stawianie się na wszystkie wyznaczone terapie. Jesteśmy zobowiązani do informowania rzeczoznawcy z Workers Compensation oraz osobę kierującą rehabilitacją o wszystkich opuszczonych lub odwołanych terapiach. Jest również wymagane, aby wszystkie wizyty, na które Państwo się nie stawili, zostały przesunięte na inny termin.

3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PŁATNOŚĆ: Wszelkie współpłaty (co-payments) muszą być uiszczane w czasie wizyty. Przyjmuję do wiadomości, że w zamian za usługi świadczone dla mnie przez Athletico, jestem finansowo odpowiedzialny/a za zapłacenie mojego rachunku. Przyjmuję do wiadomości, że mam obowiązek dostarczyć Athletico aktualne informacje o moim ubezpieczeniu i zapoznać się z moim planem ubezpieczeniowym i jego zasadami. Wszelkie pytania odnośnie do mojego ubezpieczenia zdrowotnego lub poziomu świadczeń powinny być kierowane do mojego planu ubezpieczeniowego. Mój plan ubezpieczeń zdrowotnych może wymagać ode mnie uiszczenia części należności z całego rachunku, takich jak: wkład własny (deductible), współpłata (co-payment), współubezpieczenie (co-insurance) oraz opłaty, które nie są pokrywane przez ubezpieczenie lub odrzucone przez moje ubezpieczenie zdrowotne, Medicare lub inne programy, do których jestem uprawniony(a).

Jeśli przedstawicie Państwo czek, jako polecenie zapłaty w klinice, upoważniają nas Państwo do wykorzystania informacji z cheku w celu dokonania jednorazowej autoryzacji elektronicznego transferu środków płatniczych (EFT / ACH) [Elektroniczny Transfer Środków] lub wyciągnięcia sumy z konta, lub autoryzacji płatności, jako transakcji czekowej. Jeśli wykorzystamy informację, będącą na cheku w celu dokonania EFT, środki płatnicze mogą być pobrane w ciągu tego samego dnia, a Państwo nie otrzymacie cheku z powrotem z Państwa instytucji finansowej.

Proszę zauważyć, że odmowa podpisania niniejszego formularza nie zmienia odpowiedzialności za płatności w jakikolwiek sposób.

4. PRZEKAZANIE ŚWIADCZEŃ: Niniejszym przekazuję na Athletico wszystkie moje prawa i roszczenia o zwrot kosztów w ramach mojego ubezpieczenia zdrowotnego. Wyrażam zgodę na dostarczenie informacji, w miarę potrzeby, aby ustalić moje prawo do takich świadczeń.

5. DOSTĘP I UJAWNIANIE INFORMACJI ZDROWOTNYCH: Rozumiem, że Athletico może dokumentować informacje medyczne oraz inne, związane z moim leczeniem, w formie elektronicznej i innej, i że takie informacje będą wykorzystywane w trakcie mojego leczenia w celach płatniczych oraz wspierania tych, którzy sprawują nadę mną opiekę. Upoważniam mojego lekarza(y) i personel administracyjny Athletico do kontaktowania się z innymi pracownikami służby zdrowia, którzy będą mogli udzielić informacji dotyczących moich wcześniejszych i bieżących problemów zdrowotnych oraz leczenia. Potwierdzam, że otrzymałem(am) z Athletico informacje dotyczące zasad ochrony prywatności z wyjaśnieniem, w jaki sposób moje informacje zdrowotne będą wykorzystane i ujawnione, i w jaki sposób mogę uzyskać dostęp do informacji oraz kontrolować informacje dotyczące mojego zdrowia.

6. POZWOLENIA W MYŚL USTAWY HIPAA: Zgodnie z przepisami HIPAA, zgadzam się, aby poniżej wskazane osoby uzyskiwały słowne informacje dotyczące obciążania mojego konta.

Imię i nazwisko/Pokrewieństwo

Imię i nazwisko/Pokrewieństwo

Imię i nazwisko/Pokrewieństwo

Upoważniam również do przekazania informacji o wizycie w skrzynce głosowej, na automatycznej sekretarce lub w postaci SMS i rozumiem, że taka forma komunikacji może stwarzać pewne ryzyko utraty poufności informacji.

7. ZGODA NA KONTAKT ZE WSKAZANĄ OSOBĄ W NAGŁYCH PRZYPADKACH

Osoba do kontaktu w nagłych przypadkach:

Imię i nazwisko

Telefon #

Pokrewieństwo:

Składając podpis poniżej oświadczam, że przeczytałem/am, zrozumiałem/am i w pełni zgadzam się z każdym oświadczeniem zawartym w tym dokumencie i podpisuję się poniżej dobrowolnie i zgodnie z własną wolą.

Podpis pacjenta lub osoby prawnie upoważnionej

Data

Imię i nazwisko drukowanymi literami

Data

Athletico podporządkowuje się do odpowiednich przepisów federalnych dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność, czy płeć.

POWIADOMIENIE O POLITYCE OCHRONY PRYWATNOŚCI



NINIEJSZE POWIADOMIENIE OPISUJE, W JAKI SPOSÓB MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE PANA/PANI DANE MEDYCZNE ORAZ JAK MOŻNA UZYSKAĆ DOSTĘP DO TAKICH DANYCH.

PROSZĘ DOKŁADNIE ZAPOZNAĆ SIĘ Z TYM DOKUMENTEM.

Niniejsze Powiadomienie o polityce ochrony prywatności opisuje, w jaki sposób możemy wykorzystywać i ujawniać chronione dane medyczne na Pana/Pani temat (ang. Protected Health Information, PHI) w celach związanych z leczeniem, płatnościami, a także w innych celach dozwolonych lub wymaganych przepisami prawa. Dokument opisuje również Pana/Pani prawo do dostępu i kontrolowania chronionych danych medycznych (PHI). Chronione dane medyczne na Pana/Pani temat są przechowywane w postaci dokumentacji pisemnej i/lub elektronicznej. A ściślej mówiąc, taka dokumentacja identyfikuje Pana/Pani tożsamość i odnosi się do (1) Pana/Pani stanu zdrowia fizycznego i psychicznego w przeszłości, obecnie i w przyszłości; (2) związanych z tym usług medycznych; lub (3) płatności za usługi medyczne w przeszłości, obecnie i w przyszłości.

Przepisy prawa wymagają od nas zachowania poufności Pana/Pani danych medycznych i przekazania Panu/Pani kopii niniejszego powiadomienia. Jesteśmy zobowiązani do przestrzegania warunków określonych w niniejszym powiadomieniu. Zastrzegamy sobie prawo do zmiany warunków niniejszego powiadomienia i wówczas taka uaktualniona lub poprawiona wersja będzie wiążąca w odniesieniu do wszystkich przechowywanych przez nas danych medycznych. Wszelkie ujawnienia niniejszego powiadomienia będą wywieszone w naszych placówkach i zamieszczone na naszej stronie internetowej. Kopie w postaci wydruku będą udostępnione na życzenie.

W JAKI SPOSÓB MOŻEMY WYKORZYSTYWAĆ I UJAWNIAĆ CHRONIONE DANE MEDYCZNE NA PANA/PANI TEMAT:

W celu leczenia. Możemy wykorzystywać Pana/Pani dane medyczne w celu zapewnienia, koordynacji lub zarządzania Pana/Pani opieką zdrowotną oraz powiązanych usług. Możemy ujawniać Pana/Pani dane medyczne lekarzowi, personelowi lub innym osobom zaangażowanym w sprawowanie opieki nad Panem/Panią i dbanie o Pana/Pani zdrowie. Na przykład jeżeli Pana/Pani lekarz prowadzi Pana/Pani leczenie w związku z chorobą serca, musimy o tym wiedzieć, aby ustalić optymalny plan opieki.

W związku z płatnościami. W razie potrzeby możemy wykorzystać lub ujawnić Pana/Pani dane medyczne, aby wystawić rachunek za leczenie i usługi oraz uzyskać płatność od Pana/Pani, firmy ubezpieczeniowej lub osób trzecich. Na przykład, może to obejmować pewne działania podjęte przez Pana/Pani plan ubezpieczeniowy przed zatwierdzeniem lub dokonaniem płatności za zalecane przez nas usługi opieki zdrowotnej, np. ustalenie Pana/Pani uprawnień do świadczeń lub wysokości ich pokrycia.

Do czynności związanych z opieką zdrowotną. W zależności od potrzeb możemy wykorzystywać lub ujawniać chronione dane medyczne na Pana/Pani temat w ramach naszych codziennych czynności związanych z opieką zdrowotną, dla zapewnienia najwyższej jakości opieki dla Pana/Pani i innych pacjentów. Na przykład możemy wykorzystywać lub ujawniać Pana/Pani chronione dane medyczne (PHI) odnoszące się do: ewaluacji opieki nad pacjentem, czynności związanych z zarządzaniem, oceny jakości i usprawnień, przeglądu postępowania pracowników, usług prawnych i audytów. Wszelkie ujawnienia chronionych danych medycznych będą ograniczone do niezbędnego minimum lub do treści zawartych w ograniczonym zestawie danych (np. PHI, które wykluczają niektóre identyfikatory, takie jak dane demograficzne, zdjęcia itp.)

INNE DOPUSZCZALNE WYKORZYSTANIE LUB UJAWNIANIE CHRONIONYCH DANYCH MEDYCZNYCH:

Specjalne powiadomienia. Możemy kontaktować się z Panem/Panią pod wskazanym adresem lub numerem telefonu (również po to, aby zostawić wiadomość) w związku z wyznaczoną lub odwołaną wizytą, rachunkiem i/lub płatnościami. Możemy również kontaktować się w sprawie usług opieki zdrowotnej lub lokalizacji placówek Accelerated lub Athletico, które mogą Pana/Panią interesować.

W sytuacjach wymaganych przez przepisy prawa. Możemy wykorzystywać lub ujawniać Pana/Pani dane medyczne, jeżeli jest to wymagane w myśl przepisów prawa federalnego lub stanowego. Mamy też obowiązek ujawniania Pana/Pani danych medycznych na wniosek Sekretarza Wydziału Polityki i Usług dla Ludności (Department of Health and Human Service) na potrzeby dochodzenia lub ustalenia, czy przestrzegamy wymagań Polityki Prywatności.

W sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego. Możemy ujawniać Pana/Pani dane medyczne w celach związanych ze zdrowiem publicznym. Obejmuje to na przykład ujawnienia związane z jakością, bezpieczeństwem i skutecznością produktu, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby lub opanować ją, koronerom, lekarzom sądowym oraz dyrektorom zakładów pogrzebowych, jeżeli jest to wymagane do realizacji ich obowiązków zgodnie z przepisami prawa, oraz instytucjom zajmującym się pobieraniem narządów w celu ułatwienia przekazania narządu, oka lub tkanki i przeprowadzenia przeszczepu.

Ofiary znęcania się, zaniedbania lub przemocy. Możemy ujawnić Pana/Pani dane medyczne organom rządowym upoważnionym w myśl przepisów prawa do przyjmowania zgłoszeń o przypadkach znęcania się, zaniedbania lub przemocy w stosunku do dzieci lub osób starszych.

Do działań nadzoru opieki zdrowotnej. Możemy ujawnić Pana/Pani dane medyczne agencjom zdrowia uprawnionym w myśl przepisów prawa do prowadzenia audytów, dochodzeń, inspekcji, wydawania licencji oraz innych czynności związanych z monitorowaniem rządowych programów nadzorczych.

Postępowanie sądowe i administracyjne. Możemy ujawnić Pana/Pani dane medyczne w odpowiedzi na nakaz sądowy w związku z toczącym się postępowaniem administracyjnym lub sądowym. W większości przypadków, kiedy wniosek ma postać wezwania sądowego (subpoena), wniosku o ujawnienie dokumentów (discovery) lub wiąże się z innym nakazem administracyjnym, uzyskamy Pana/Pani zgodę przed takim ujawnieniem.

Organom ścigania. Możemy ujawnić Pana/Pani dane medyczne w celach związanych z egzekucją prawa.

W celach badawczych. W pewnych okolicznościach Pana/Pani dane medyczne mogą być użyte w celach badawczych - za Pana/Pani zgodą, lub po otrzymaniu zgody specjalnej komisji rewizyjnej, która rozpatrzyła i zatwierdziła badanie.

W celu uniknięcia poważnego zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa. W razie konieczności możemy ujawnić Pana/Pani dane medyczne, aby zapobiec poważnemu zagrożeniu zdrowia lub bezpieczeństwa Pana/Pani, innej osoby lub ogółu społeczeństwa.

Szczególne działania rządowe. Możemy ujawnić Pana/Pani dane medyczne w sprawach związanych z wojskiem, weteranami, bezpieczeństwem narodowym i działaniami służby wywiadowczej.

Odszkodowania pracownicze za wypadki w pracy. Przepisy prawa stanowego i federalnego zezwalają na ujawnienie, bez konieczności Pana/Pani zgody, Pana/Pani danych medycznych związanych w rozsądnym stopniu z obrażeniami odniesionymi w wypadku w pracy. Programy te mogą zapewniać świadczenia w związku z obrażeniami odniesionymi w pracy lub chorobą zawodową.

Innym osobom zaangażowanym w opiekę zdrowotną nad Panem/Panią. O ile nie zgłosi Pan/Pani sprzeciwu, możemy ujawniać Pana/Pani chronione dane medyczne członkowi rodziny, krewnemu lub bliskiej osobie bezpośrednio zaangażowanej w opiekę zdrowotną nad Panem/Panią. Jeżeli ma Pan/Pani swojego przedstawiciela, np. opiekuna prawnego (lub wykonawcę czy administratora majątku po śmierci), taka osoba, na potrzeby ujawniania Pana/Pani chronionych danych medycznych, będzie traktowana na równi z Panem/Panią.

Wspólnikom. Możemy ujawnić Pana/Pani chronione dane medyczne naszym wspólnikom, którzy działają w naszym imieniu lub świadczą usługi, jeżeli chronione dane medyczne są konieczne do realizacji ich zadań lub usług. Na przykład, możemy skorzystać z usług firmy niszczącej dokumenty w celu zniszczenia danych medycznych. W celu ochrony Pana/Pani danych medycznych, wymagamy od naszych współpracowników odpowiedniego zabezpieczania takich danych.

Informacje nieujawniające tożsamości. Możemy wykorzystać lub ujawnić Pana/Pani dane medyczne w sposób, który nie identyfikuje Pana/Pani osoby i nie ujawnia tożsamości.

Rodzicowi nie sprawującemu bezpośredniej opieki nad dzieckiem (non-custodial parent). Możemy ujawnić chronione dane medyczne na temat osoby nieletniej zarówno rodzicowi sprawującemu bezpośrednią opiekę nad dzieckiem, jak i nie sprawującemu bezpośredniej opieki, chyba że postanowienie sądu ogranicza dostęp rodzica nie sprawującego bezpośredniej opieki do takich danych.

WYKORZYSTANIE I UJAWNIEŃ WYMAGAJĄCE PANA/PANI ZGODY:

Jeżeli wyrazi Pan/Pani zgodę na wykorzystywanie lub ujawnianie Pana/Pani danych medycznych w innych celach, może ją Pan/Pani odwołać na piśmie w dowolnej chwili. Decyzja o wycofaniu zgody nie będzie miała wpływu i nie odwróci wszelkich przypadków ujawnienia, do których doszło przed otrzymaniem takiej decyzji.

SPECJALNE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI W ODNIESIENIU DO INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z WIRUSEM HIV, NADUŻYWANIEM ALKOHOLU LUB INNYCH SUBSTANCJI, ZDROWIEM PSYCHICZNYM I INFORMACJI GENETYCZNYCH:

Informacje związane z wirusem HIV, nadużywaniem alkoholu lub innych substancji, związane ze zdrowiem psychicznym oraz informacje genetyczne podlegają specjalnej ochronie. Szczegółowe informacje można uzyskać kontaktując się z Manager of Privacy and Compliance (Kierownikiem ds. polityki prywatności i zgodności).

PANA/PANI PRAWA DOTYCZĄCE DANYCH MEDYCZNYCH:

Prawo do wglądu i kopiowania chronionych danych medycznych na Pana/Pani temat. Ma Pan/Pani prawo do wglądu i uzyskania kopii swoich danych medycznych. Dotyczy to informacji o stanie zdrowia i płatnościach. Wniosek o umożliwienie przeglądu i uzyskania kopii danych medycznych należy wysłać na piśmie do: kierownika (Facility Manager) lub koordynatora rejestracji (Front Office Coordinator) placówki, która zapewniała leczenie. Możemy obciążyć Pana/Panią rozsądnymi kosztami związanymi ze sporządzeniem kopii takiej dokumentacji. W pewnych ściśle ograniczonych okolicznościach możemy odrzucić Pana/Pani wniosek o wgląd i sporządzenie kopii danych medycznych. Jeżeli Pana/Pani wniosek o dostęp do danych medycznych zostanie odrzucony, może Pan/Pani zwrócić się o ponowne rozpatrzenie odmowy. Pana/Pani wniosek i odmowę rozpatrzy inny licencjonowany pracownik służby zdrowia wybrany przez naszą placówkę. Będzie to inna osoba niż ta, która brała udział w podjęciu pierwotnej decyzji o odrzuceniu wniosku.

Prawo do elektronicznej kopii elektronicznej dokumentacji medycznej. Jeżeli Pana/Pani chronione dane medyczne są przechowywane w postaci elektronicznej (tj. jako elektroniczna dokumentacja medyczna), ma Pan/Pani prawo poprosić o udostępnienie Panu/Pani takiej dokumentacji lub przesłanie jej innej osobie lub instytucji.

Prawo do powiadomienia o naruszeniu bezpieczeństwa. Ma Pan/Pani prawo otrzymać pisemne powiadomienie w przypadku, gdy Accelerated lub Athletico odkryje przypadek naruszenia bezpieczeństwa niezabezpieczonych chronionych danych medycznych i uzna, w wyniku oceny ryzyka, że powiadomienie jest konieczne.

Prawo do żądania wprowadzenia poprawek do Pana/Pani chronionych danych medycznych. Jeżeli uzna Pan/Pani, że przechowywane przez nas dane medyczne na Pana/Pani temat są błędne lub niepełne, można wystąpić z wnioskiem o skorygowanie takich informacji. Wniosek o poprawkę należy złożyć na piśmie wraz z uzasadnieniem. W pewnych okolicznościach możemy odrzucić wniosek o poprawkę, jeżeli: wniosek nie ma postaci pisemnej lub nie zawiera uzasadnienia; dokumentacja medyczna nie została przygotowana przez nas, osoba przygotowująca taką dokumentację nie jest już dostępna do wprowadzenia poprawek, informacje te nie są częścią przechowywanej przez nas dokumentacji medycznej, nie są częścią dokumentacji, którą ma Pan/Pani prawo przejrzeć lub skopiować lub informacje te są dokładne i pełne.

Prawo nałożenia ograniczeń na Pana/Pani chronione dane medyczne. Ma Pan/Pani prawo żądać nałożenia ograniczeń na Pana/Pani chronione dane medyczne, którymi posługujemy się i które ujawniamy w związku z leczeniem, płatnościami i czynnościami związanymi z opieką zdrowotną. Ma Pan/Pani również prawo wystąpić o ograniczenie danych medycznych ujawnianych członkom rodziny lub przyjaciółom zaangażowanym w opiekę nad Panią/Panem. Wniosek musi wyjaśniać, o jakie konkretne ograniczenia chodzi oraz kogo one dotyczą. Nie mamy obowiązku przychylić się do takiego wniosku. Jeżeli wyrazimy zgodę, będziemy jej przestrzegać do czasu rozwiązania umowy lub sytuacji, kiedy ujawnienie jest wymagane w celu udzielenia pilnej pomocy medycznej.

Płatności z własnej kieszeni (out-of-pocket). W przypadku opłacenia całości artykułu lub usługi z własnej kieszeni, ma Pan/Pani prawo żądać, aby chronione dane medyczne dotyczące takiego artykułu lub usługi nie były ujawnione planowi ubezpieczenia w związku z płatnościami lub czynnościami związanymi z opieką zdrowotną. Mamy obowiązek przychylić się do takiego wniosku.

Prawo do poufnych form komunikacji. Ma Pan/Pani prawo żądać od nas poufnej komunikacji, z wykorzystaniem alternatywnych środków lub innego adresu. Na przykład może Pan/Pani zażądać, abyśmy kontaktowali się z Panem/Panią tylko w pracy albo tylko listownie.

Prawo do otrzymania wykazu niektórych przypadków ujawniania danych. Ma Pan/Pani prawo otrzymać wykaz ujawnień Pana/Pani chronionych danych medycznych, z wyjątkiem ujawnień w odpowiedzi na upoważnienie, w związku z leczeniem, płatnościami, czynnościami związanymi z opieką zdrowotną lub zgodnie z wymogami prawa. We wniosku należy podać konkretny okres; nie może on być wcześniejszy niż 6 lat wstecz.

Ma Pan/Pani prawo uzyskać niniejsze powiadomienie w formie wydruku, nawet jeżeli wyrazi Pan/Pani zgodę na otrzymanie powiadomienia elektronicznie.

JAK KORZYSTAĆ ZE SWOICH PRAW: Aby skorzystać z praw opisanych w tym powiadomieniu, należy wysłać pisemny wniosek do: Karin Butikofer, Manager of Privacy and Compliance, Athletico, 625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523.

Zażalenia: Jeżeli uważa Pan/Pani, że doszło do naruszenia zasad prywatności, można złożyć zażalenie w naszej placówce. Prosimy o składanie zażeń w formie pisemnej; pomoże to nam lepiej rozpatrzyć takie zażalenie. Pisemne zażalenie można przesłać do: Karin Butikofer, Manager of Privacy and Compliance, Athletico, 625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523.

Można również złożyć zażalenie u Sekretarza DHS: Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W., Washington D.C. 20201 lub za pośrednictwem DHHS. Dodatkowe informacje można znaleźć na ich witrynie, pod adresem www.hhs.gov/ocr/hipaa/.

Złożenie zażalenia nie spowoduje żadnej kary ani odwetu.

Aby uzyskać szczegółowe informacje na temat naszych praktyk związanych z ochroną prywatności lub w razie jakichkolwiek pytań, proszę kontaktować się z:

Karin Butikofer, Manager of Privacy & Compliance
Athletico, 625 Enterprise Drive, Oak Brook IL 60523
Tel.: 630-575-1962; email: kbutikofer@athletico.com