

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

Adres: _____
(Ulica) (Miasto) (Stan) (Kod pocztowy)

Preferowane nazwisko/pseudonim _____

Płeć wymieniona w ubezpieczeniu _____ Stan cywilny: Żonaty Rozwiedziony Samotny Wdowa/Wdowiec

Telefon komórkowy _____ **Aby otrzymywać wiadomości tekstowe z przypomnieniami o spotkaniach, zaznacz tutaj** ☐

Preferowana metoda komunikacji (zaznacz jedną): E-mail Telefon domowy Telefon dzienny Telefon kom.
Jaki jest Twój główny język? _____ Czy potrzebujesz tłumacza? Tak Nie

Masz prawo do tłumacza bez żadnych kosztów. Jeśli potrzebujesz takiej usługi, powiadom swojego lekarza lub koordynatora biura.

Nazwa pracodawcy _____ Telefon pracodawcy _____

Adres siedziby pracodawcy (miasto / stan) _____

Skąd wiesz o Athletico? (Zakreśl jedną opcję poniżej)

Reklama Internet Witryna internetowa Athletico Szkoła Klub sportowy Widowisko Ubezpieczenie
Zawodowa drużyna sportowa Wyścig Grupa treningu wytrzymałościowego Lokal/reklama na budynku Athletico Skierowanie od lekarza Inne

Proszę podać nazwę/organizację: _____

Zgoda na komunikację e-mail

Wyrażam zgodę na kontaktowanie się Athletico następujący adres e-mail: _____

Zgoda na komunikację werbalną

Wyrażam zgodę na otrzymywanie szczegółowych ustnych informacji dotyczących moich wizyt, opieki medycznej, informacji o płatnościach i płatności przez poniższą osobę. Rozumiem, że **NIE** upoważnia to do ujawnienia moich pisemnych informacji zdrowotnych.

Imię i nazwisko _____ Relacja _____

Imię i nazwisko _____ Relacja _____

Rozumiem, że personel Athletico może zadzwonić na mój domowy numer telefonu lub inny alternatywny numer i zostawić wiadomość głosową lub przypomnieć osobiście o spotkaniach, kwestiach ubezpieczeniowych lub fakturowych. Upoważniam również do przekazania informacji o spotkaniu za pomocą poczty głosowej, automatycznej sekretarki lub wiadomości tekstowej i rozumiem, że istnieje pewne ryzyko związane z prywatnością związaną z tymi formami komunikacji.

Informacje kontaktowe w nagłych wypadkach

Osoba, z którą należy się skontaktować w razie sytuacji awaryjnej:

Imię i nazwisko _____ Numer telefonu _____ Relacja _____

Informacje dla lekarza

Lekarz kierujący _____ Telefon _____

Adres _____

Następna wizyta u lekarza: Data _____ Godzina _____

Czy masz lekarza pierwszego kontaktu? Tak Nie

Jeśli tak, czy mamy przesłać kopie korespondencji do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej? Proszę wypełnić:

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej _____ Telefon _____

Adres _____

Ubezpieczenie

Czy potwierdziłeś świadczenia terapeutyczne w ubezpieczalni? (zakreślić jedną opcję) Tak Nie
Czy w tym roku kalendarzowym prowadziłeś fizykoterapię/terapię zajęciową? Tak Nie
Ile zabiegów (w tym chiropraktyka) przeszedłeś w tym roku kalendarzowym? _____ Były pacjent? Tak Nie

Ubezpieczenie zdrowotne

Podstawowa firma ubezpieczeniowa _____ Nr ident. _____ Nr grupy _____
Imię i nazwisko ubezpieczonego _____ Relacja _____ Data ur. _____
Pomocnicza firma ubezpieczeniowa _____ Nr ident. _____ Nr grupy _____
Imię i nazwisko ubezpieczonego _____ Relacja _____ Data ur. _____

Wypadek samochodowy

Czy to wypadek samochodowy? Tak Nie Data wypadku _____
W jakim mieście i państwie miało miejsce zdarzenie? _____ Czy trwa sprawa sądowa? Tak Nie
Nazwisko adwokata/Nazwa firmy _____ Nr telefonu adwokata _____

Kompensata pracownicza

Czy uraz jest objęty kompensatą pracowniczą (Work Comp)? Tak Nie Data urazu _____
W jakim mieście i państwie doszło do urazu? _____ Stanowisko _____
Nazwisko adwokata/Nazwa firmy _____ Nr telefonu adwokata _____

**Na poprzedniej stronie wypełnij informacje o pracodawcy.*

Historia medyczna

Wiek _____ Wzrost _____ Waga _____
Jakie problemy leczysz obecnie? Opisz typ i lokalizację objawów _____
Kiedy (z grubsza) wystąpiły obecne objawy? _____
Moje objawy obecnie (jedna opcję): Polepszają się Pogarszają się Są takie same
Moje objawy obecnie (jedna opcję): Pojawiają się i znikają Są stałe Stałe, ale zmienne zależnie od aktywności
W jaki sposób objawy się polepszają? _____
W jaki sposób objawy się pogarszają? _____
O której godzinie objawy się pogarszają? (zaznaczyć jedną opcję): Rano Popołudnie Wieczór Noc
Dotychczasowe leczenie tego problemu (zakreśl wszystkie pasujące rodzaje): Chiropraktyka Akupunktura
Zastrzyki Fizjoterapia/Terapia zajęciowa Inne _____
Czy wykonano badania?: Rentgen Skan kości Tomografia komputerowa Rezonans magnetyczny
Podaj swoją historię medyczną (tj. upadki, operacje, rozrusznik serca) wraz z datami (wskaż, czy dotyczy aktualnego stanu)

Wymień wszystkie alergię (np. lateks, kleje) _____

Natężenie bólu

Oceń swój ból w skali 0-10, gdzie „0” oznacza brak bólu, a „10” oznacza najgorszy możliwy ból:
Średni poziom bólu w ciągu ostatnich 24 godzin _____ Najniższy poziom bólu _____ Najwyższy poziom bólu _____

Gdzie występuje ból? _____

Opisz swój ból _____

Czy ostatnio zauważyłeś któreś z poniższych? (zaznaczyć wszystkie pasujące)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Zmiany w czynności jelit lub pęcherza | ☐ Bóle głowy | ☐ Utrata/wzrost wagi | ☐ Uczucie pustki w głowie |
| ☐ Zadzyszka | ☐ Trudności w utrzymaniu równowagi podczas chodzenia | ☐ Drętwienia/mrowienia | ☐ Zmiany apetytu |
| ☐ Nudności/wymioty | ☐ Trudności z polykaniem | ☐ Gorączka/dreszcze/poty | |
| ☐ Słabość/zmęczenie | | ☐ Ból w nocy | |
| | | ☐ Zawroty głowy | |

Leki Proszę podać nazwy wszystkich leków, witamin, suplementów i leków dostępnych bez recepty, które obecnie przyjmujesz. Możemy skopiować szczegółową listę, jeśli taką posiadasz.

Nazwa leku	Ile (dawka)	Jak często	Sposób przyjmowania (zaznaczyć jeden)					

Wymień wszystkie leki, na które jesteś uczulony i swoją reakcję _____

Czy jesteś w ciąży? Jeśli tak, w którym tygodniu? _____ Czy doświadczyłaś bólu związanego z ciążą? _____

Czy w ciągu ostatnich 24 miesięcy używałeś tytoniu? (zakreślić jedną opcję) Tak Nie

TYLKO dla pacjentów w wieku 12-20 lat. Jeśli odpowiedziałeś „nie” powyżej, czy kiedykolwiek używałeś tytoniu? Tak Nie

Czy pijasz alkohol? Tak Nie Liczba drinków na tydzień: _____

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni przejmowałeś się którymkolwiek z poniższych problemów?

- | | | | | |
|---|-------|-----------|------------------------|---------------------|
| • Małe zainteresowanie lub przyjemność z aktywności: | Wcale | Kilka dni | Przez ponad połowę dni | Prawie każdego dnia |
| • Złe samopoczucie, przygnębienie lub poczucie beznadziejności: | Wcale | Kilka dni | Przez ponad połowę dni | Prawie każdego dnia |

Historia upadku

- | | | | |
|---|-----|-----|----|
| • Liczba upadków w ciągu ostatniego roku? | 0 | 1 | 2+ |
| • Czy upadek spowodował uraz? | Tak | Nie | |

Czy cierpisz z powodu napastowania (np. fizycznego, emocjonalnego, psychologicznego), zaniedbań, porzucenia, wykorzystywania lub nieuzasadnionej kontroli? Tak Nie

Pytanie o stan miednicy

Jeśli masz problemy wymienione poniżej, zaznacz to pole, a terapeuta może omówić z Tobą opcje leczenia. Czy w przeszłości występowały zaburzenia w obrębie miednicy (np. chwilowe/wysiłkowe nietrzymanie moczu, ciężkość dna miednicy, ból miednicy/pęcherza moczowego lub brzucha, nieregularne wypróżnienia)? Tak ☐

Historia społeczna/Zajęcia rekreacyjne/Rutynowe ćwiczenia

Dom: Dom Kondominium/Apartament Rezydencja grupowa Dom opieki

Czy mieszkasz sam: Tak Nie

Czy aktualnie pracujesz: Pełny etat Lekkie prace Nie pracuję Jeśli nie pracujesz, data ostatniej pracy _____

Jaki jest Twój obecny poziom aktywności? (zaznaczyć jedną opcję)

siedzący lekka aktywność średnia aktywność bardzo aktywny niezwykle aktywny

W ciągu ilu dni w tygodniu wykonujesz regularnie ćwiczenia kondycyjne? _____

Pytania prosimy kierować do biura firmy Athletico:

625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 | tel: 630.575.6200 | 1.877.ATHLETICO | email: info@athletico.com

1. ZGODA NA LECZENIE: Niniejszym wyrażam zgodę i upoważniam mojego fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego i innych pracowników służby zdrowia i asystentów, którzy mogą być zaangażowani w moją opiekę, do zapewnienia opieki i leczenia wyznaczonego przez mojego lekarza i/lub uznanego za koniecznego lub zalecanego przez mojego lekarza, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego lub innych pracowników służby zdrowia. Rozumiem, że diagnoza fizykoterapeutyczna nie jest diagnozą lekarską. Rozumiem, że moje leczenie może obejmować techniki, które mogą powodować siniaki, zaczerwienienie skóry, bolesność po leczeniu i krwiak, w tym, między innymi, dekompresję mięśniowo-powięziową i ograniczenie przepływu krwi, wspomaganie mobilizacji tkanek miękkich, Asytm® lub Graston Technique®, analizę wideo rzucania i analizę wideo chodu. Rozumiem, że moim obowiązkiem jest poinformowanie mojego fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego lub innego pracownika służby zdrowia, jeśli odczuwam dyskomfort lub ból podczas leczenia lub jeśli mam inne obawy dotyczące mojego leczenia. Rozumiem, że reakcja na interwencję fizykoterapeutyczną różni się w zależności od osoby i możliwe jest, że leczenie spowoduje pogorszenie istniejących objawów lub ból albo uraz.

2. UMOWA DOTYCZĄCA OBECNOŚĆ NA WIZYTACH: Rozumiem znaczenie konsekwentnego uczęszczania na terapię, planowanie spotkań z wyprzedzeniem i terminowego przybycia na wizytę. Przyjmuję do wiadomości, że wizyta może zostać przełożona, jeśli spóźnię się o więcej niż 15 minut na zaplanowaną wizytę. Rozumiem i potwierdzam, że terminy wizyt podane w jednym tygodniu mogą ulec zmianie w kolejnych tygodniach. Zgadzam się powiadomić z co najmniej 24-godzinnym wyprzedzeniem o ewentualnej konieczności anulowania lub zmiany terminu wizyty i rozumiem, że odwołanie lub niestawienie się na wizytę z powiadomieniem o terminie krótszym niż 24 godziny spowoduje anulowanie/pobranie opłaty za niestawienie się w wysokości 30 USD lub 60 USD w zależności od rodzaju wizyty.

PACJENCI OBJĘCI KOMPENSATĄ PRACOWNICZĄ (WORKER'S COMPENSATION): Rozumiem, że Athletico ma obowiązek poinformować mojego pracowniczego regulatora wynagrodzeń i/lub kierownika ds. rehabilitacji o wszystkich nieodbytych lub odwołanych wizytach. Rozumiem, że wszelkie nieodbyte wizyty muszą zostać przełożone.

3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PŁATNOŚĆ: Wszystkie współpłaty pacjenta i usługi opłacane samodzielnie przez pacjenta (tj. Astym, Graston, VGA, VTA itp.) należy opłacać w momencie świadczenia usługi. Przyjmuję do wiadomości, że jeśli chodzi o usługi świadczone przez Athletico, jestem odpowiedzialny finansowo za zapłatę mojego rachunku. Przyjmuję do wiadomości, że moim obowiązkiem jest dostarczenie Athletico moich aktualnych informacji ubezpieczeniowych oraz zapoznanie się z moim planem ubezpieczeniowym i jego polityką. Wszelkie pytania dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego lub poziomu świadczeń należy kierować bezpośrednio do programu opieki zdrowotnej. Mój program ubezpieczenia zdrowotnego może przewidywać, że będę odpowiedzialny osobiście za całość lub część opłat i sald, takich jak kwoty potrącone, współpłacone, współubezpieczone lub opłaty nieobjęte lub odrzucone przez moje ubezpieczenie zdrowotne, Medicare, lub inne programy, do których jestem uprawniony. Zgadzam się zapłacić wszelkie kwoty, które za które jestem odpowiedzialny. Rozumiem, że Athletico obciąża mojego ubezpieczyciela na zasadach kurtuazyjnych, ale ostatecznie ja jestem odpowiedzialny za wszelkie należne kwoty. Jeśli konieczne będą formalne procedury windykacyjne, jestem odpowiedzialny za wszelkie dodatkowe koszty wynikające z takich procedur.

Jeśli zapłacę jakąkolwiek kwotę czekiem, niniejszym upoważniam Athletico do wykorzystania informacji z czeku do przetworzenia jednorazowego elektronicznego transferu środków (EFT/ACH) lub przelewu bankowego z mojego konta. Rozumiem, że jeśli moja płatność zostanie przetworzona jako EFT, środki mogą zostać wypłacone z mojego konta nawet tego samego dnia i nie otrzymam czeku z powrotem od instytucji finansowej.

Należy pamiętać, że odmowa podpisania tego formularza w żaden sposób nie zmienia odpowiedzialności za płatność.

4. PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ: Niniejszym przypisuję Athletico wszystkie moje prawa i roszczenia o zwrot kosztów w ramach mojej polisy ubezpieczenia zdrowotnego. Zgadzam się współpracować z Athletico i przekazywać informacje niezbędne do ustalenia moich uprawnień do takich świadczeń.

5. DOSTĘP DO INFORMACJI ZDROWOTNYCH I ICH UJAWNIANIE: Rozumiem, że Athletico może rejestrować informacje medyczne i inne związane z moim leczeniem w formie elektronicznej i innej, oraz że takie informacje będą wykorzystywane w trakcie mojego leczenia, w celach płatniczych i w celu administrowania osobami, które się mną opiekują. Upoważniam lekarzy i personel administracyjny Athletico do skontaktowania się z innymi pracownikami służby zdrowia, którzy mogą mieć informacje dotyczące moich wcześniejszych i obecnych warunków zdrowotnych i leczenia. Potwierdzam, że otrzymałem oświadczenie o praktykach w zakresie prywatności firmy Athletico i że określa ono, w jaki sposób moje informacje zdrowotne mogą być wykorzystywane i ujawniane oraz w jaki sposób mogę uzyskać dostęp do moich informacji zdrowotnych i je kontrolować.

☐ Potwierdzam, że otrzymałem oświadczenie o praktykach w zakresie prywatności firmy Athletico i że określa ono, w jaki sposób moje informacje zdrowotne mogą być wykorzystywane i ujawniane oraz w jaki sposób mogę uzyskać dostęp do moich informacji zdrowotnych i je kontrolować. (Proszę zaznaczyć pole)

Podpisując się poniżej, oświadczam, że przeczytałem, zrozumiałem i w pełni zgadzam się z każdym ze stwierdzeń zawartych w niniejszym dokumencie i podpisuję poniżej dobrowolnie.

Drukowane imię i nazwisko pacjenta

Podpis pacjenta lub osoby odpowiedzialnej prawnie

Data

Drukowane imię nazwisko powyższej osoby (jeśli to nie pacjent)

Data

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

Pytania prosimy kierować do biura firmy Athletico:

625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 | tel: 630.575.6200 | 1.877.ATHLETICO | email: info@athletico.com

Masz pewne prawa, jeśli chodzi o informacje medyczne. W tej części opisano te prawa i sposób, w jaki można je egzekwować.

Twoje Prawa

POLISH NOTICE OF PRIVACY PRACTICES PAGE 1 OF 2

Prośba o elektroniczną lub papierową kopię swoich akt medycznych

- Możesz poprosić o zobaczenie lub otrzymanie elektronicznej lub papierowej kopii swoich akt medycznych. Możesz złożyć swoją prośbę na piśmie.
- Przedstawimy kopię lub podsumowanie informacji zdrowotnych w ciągu 30 dni od zgłoszenia prośby. Możemy pobrać uzasadnioną opłatę odpowiadającą kosztom.

Prośba o skorygowanie lub zmianę swoich akt medycznych

- Możesz poprosić nas na piśmie o skorygowanie informacji zdrowotnych na Twój temat, które uznajesz za nieprawidłowe lub niekompletne.
- Możemy odmówić realizacji prośby, ale w takiej sytuacji uzasadnienie przedstawimy na piśmie.

Prośba o poufną komunikację

- Możesz poprosić nas o kontaktowanie się z Tobą w określony sposób (na przykład za pomocą telefonu komórkowego) lub wysyłanie poczty na inny adres. Realizujemy wszystkie uzasadnione prośby.

Prośba o ograniczenie używanych lub udostępnianych przez nas informacji

- Możesz poprosić, abyśmy nie używali lub nie udostępniali pewnych informacji zdrowotnych dotyczących leczenia, płatności lub naszych działań.
- Nie musimy wyrazić zgody na prośbę i możemy odmówić jej wykonania, jeśli miałyby to niekorzystnie wpłynąć na leczenie.
- Jeśli w całości z własnych środków zapłacisz za usługę lub produkt medyczny, możesz poprosić, abyśmy nie udostępniali dotyczących płatności lub naszych działań Twojemu ubezpieczycielowi zdrowotnemu.
- Zaakceptujemy tę prośbę, o ile przepisy nie wymagają od nas udostępnienia takich informacji.

Zawiadamianie o nadużyciach

- Powiadomimy Cię, jeśli nastąpi nadużycie dotyczące Twoich informacji zdrowotnych.

Nasze Użycie i Ujawnienie

Możemy, bez pisemnego upoważnienia, używać i ujawniać informacje zdrowotne pacjentów w następujących celach:

Zarządzanie leczeniem stosowanym u pacjenta

- Możemy używać informacji zdrowotnych pacjenta do świadczenia i koordynowania opieki zdrowotnej. Na przykład, fizjoterapeuta może ujawnić informacje zdrowotne pacjenta, konsultując się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do stanu zdrowia pacjenta.

Operacje opieki zdrowotnej

- Możemy używać lub ujawniać informacje zdrowotne w celu monitorowania i wspierania działania naszych zakładów.
Na przykład, w zakresie oceny jakości świadczonych usług, realizacji licencji i nadawania uprawnień, a także w ramach innych funkcji administracyjnych.

Prośba o listę podmiotów, którym udostępniliśmy informacje

- Możesz poprosić o listę znanych podmiotów, jeśli tacy istnieją, którym udostępniliśmy Twoje informacje zdrowotne. Ta lista nie zawiera ujawnień informacji o leczeniu, płatności lub opiece zdrowotnej, a także niektórych innych rodzajów ujawnień informacji dokonanych przez nas na Twój wniosek.
- Lista będzie zawierać wszystkie ujawnienia informacji zdrowotnych w ciągu sześciu lat przed datą złożenia prośby o sporządzenie listy.
- Raz w roku listę taką sporządzamy bezpłatnie, ale za każdą kolejną listę w ciągu 12 miesięcy pobieramy uzasadnioną opłatę odpowiadającą kosztom.

Uzyskanie kopii zawiadomienia o prywatności

- W każdej chwili możesz poprosić o papierową kopię tego zawiadomienia, nawet po wyrażeniu zgody na otrzymanie tego zawiadomienia w formie elektronicznej. Papierową kopię dostarczymy w sposób bezzwłoczny.

Ochrona informacji zdrowotnych pacjentów jest dla nas ważna

- Prawo wymaga od nas, byśmy zachowali prywatność i bezpieczeństwo chronionych informacji zdrowotnych pacjentów. Musimy spełniać te obowiązki i stosować opisane tu praktyki ochrony prywatności.
- Jeśli sądzisz, że naruszyliśmy Twoje prawa prywatności, możesz skontaktować się z naszym Sekretarzem ds. Prywatności pod numerem telefonu 630-575-1962 lub za pomocą strony www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Możesz także złożyć pisemne zażalenie do Sekretarza Ministerstwa Zdrowia i Pomocy Humanitarnej USA. Za złożenie zażalenia nie spotka Cię odwet.
- Jeśli wyegzekwować zastosowanie któregośkolwiek z powyższych praw, możesz złożyć pisemną prośbę. Formularze są dostępne na żądanie w naszych placówkach. Możesz również zadzwonić pod numer kontaktowy podany na końcu tego zawiadomienia.

Płatność

- Możemy używać lub ujawniać informacje zdrowotne pacjenta w celu fakturowania i otrzymywania płatności za usługi medyczne.
Na przykład, możemy kontaktować się z ubezpieczycielem pacjenta, aby uzyskać zapłatę za usługi zrealizowane na rzecz pacjenta.

Kontakt z pacjentem

- Możemy kontaktować się z pacjentem, by go zarejestrować lub przypomnieć o przyszłych wizytach, fakturach albo kwestiach związanych z płatnością.

Członkowie rodziny i inne osoby zaangażowane w Twoją opiekę zdrowotną

- O ile pacjent nie wyrazi sprzeciwu, możemy ujawniać istotne informacje zdrowotne członkom rodziny, krewnym lub bliskim przyjaciółom zaangażowanym w opiekę lub zapłatę za usługi zdrowotne.

Na przykład, możemy udostępnić informacje członkowi rodziny, by pomóc w zapoznaniu się ze sposobem opieki, w celu uiszczenia zapłaty lub zaplanowania wizyt.

Urazy związane z pracą

- Możemy ujawnić informacje zdrowotne pacjenta w zakresie określonym w przepisach dotyczących wynagrodzenia pracowników lub w ramach innych podobnych programów ustanowionych prawnie. Programy te zapewniają świadczenia związane z urazami i chorobami zawodowymi.

Względy określone w przepisach

- Możemy ujawniać informacje zdrowotne pacjenta, gdy jest to wymagane na podstawie przepisów federalnych, stanowych lub lokalnych.

Nadzór nad opieką zdrowotną

- Możemy używać lub ujawniać informacje zdrowotne pacjenta organom nadzoru nad opieką zdrowotną w zakresie czynności określonych w przepisach.

Na przykład, czynności nadzoru mogą obejmować audyty, dochodzenia i inspekcje administracji państwowej służące do monitorowania systemu opieki zdrowotnej.

Komunikacja marketingowa

- Możemy używać i ujawniać informacje zdrowotne pacjenta, by kontaktować się z nim, przekazując informacje o usługach leczniczych, produktach lub nowych lokalizacjach, które uznamy za interesujące dla pacjenta.

Badania

- W pewnych okolicznościach, za zgodą pacjenta, możemy używać jego informacji zdrowotnych do celów badawczych.

Kwestie związane ze zdrowiem publicznym i bezpieczeństwem

- Możemy udostępniać informacje zdrowotne pacjenta w określonych sytuacjach, takich jak zapobieganie chorobom, zgłaszanie podejrzeń złego traktowania, zaniedbywania lub przemocy domowej, przeciwdziałanie lub ograniczanie poważnych zagrożeń dla czyjegokolwiek zdrowia lub bezpieczeństwa.

Egzekwowanie prawa i wyspecjalizowane funkcje administracji państwowej

- Możemy ujawniać informacje zdrowotne pacjenta do celów egzekwowania prawa w zakresie dozwolonym przez przepisy. W pewnych okolicznościach możemy ujawniać informacje zdrowotne jednostkom administracji państwowej o wyspecjalizowanych funkcjach, takich jak wojsko USA, w odpowiedzi na pytania określone w przepisach.

Odpowiedź na procesy sądowe i działania prawne

- Możemy udostępniać informacje zdrowotne pacjenta w odpowiedzi na nakaz sądowy lub administracyjny albo w odpowiedzi na wezwanie sądowe lub podobny wniosek prawny.

Partnerom biznesowym

- Możemy ujawniać informacje zdrowotne naszym partnerom biznesowym – osobom lub firmom, które świadczą usługi dla Athletico.

Na przykład, partner biznesowy może być firmą fakturującą dla Athletico. W takich przypadkach wymagamy, by partnerzy biznesowi strzegli prywatności informacji pacjentów.

Rodzicom i opiekunom prawnym niepełnoletnich

- W zakresie dozwolonym przez przepisy federalne i stanowe, możemy ujawniać informacje zdrowotne o niepełnoletnich ich rodzicom i opiekunom.

Informacje wysoce poufne

- Przepisy federalne i stanowe zapewniają dodatkową ochronę prywatności określonych poufnych informacji zdrowotnych. Obejmuje to informacje dotyczące zdrowia psychicznego, HIV/AIDS, leczenia z nałogu alkoholowego lub narkotykowego.

Zastosowania i ujawnienia wynikające z upoważnienia

Inne zastosowania i ujawnienia chronionych informacji zdrowotnych, które nie są tu opisane, wymagają pisemnego upoważnienia pacjenta. Pacjent może wycofać upoważnienie, na piśmie, w dowolnym momencie, przy czym wycofanie upoważnienia nie ma wpływu na zastosowania i ujawnienia dokonane już na podstawie upoważnienia.

Zmiany w warunkach określonych w niniejszym zawiadomieniu

Możemy zmieniać warunki niniejszego zawiadomienia, a zmiany będą dotyczyć wszystkich informacji, które posiadamy na temat pacjenta. Nowe zawiadomienie będzie udostępnione na żądanie, zamieszczone w każdej z naszych placówek i w witrynie internetowej pod adresem athletico.com.

Niniejsze zawiadomienie o praktykach prywatności dotyczy firmy Athletico Holdings, LLC i jej przedsiębiorstw zależnych oraz kontrolowanych podmiotów stowarzyszonych (w tym m.in. firmy Athletico, Ltd. i jej przedsiębiorstw zależnych) (razem zwanych „Athletico”). W celu zapoznania się z pełną listą obiektów Athletico prosimy odwiedzić naszą witrynę internetową.

W razie pytań lub chęci omówienia niniejszego zawiadomienia prosimy o kontakt z sekretarzem ds. prywatności pod numerem 630-575-1962 lub pod adresem compliance@athletico.com. Niniejsze zawiadomienie wchodzi w życie w dniu 1 kwietnia 2018.