

FORMULARZ UPOWAŻNIENIA DO UJAWNIECIA INFORMACJI Z AKT MEDYCZNYCH

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia: _____

Adres: _____

Telefon: _____

Email: _____

****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 wrażliwe, 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 ☐ Wynagrodzenie 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 2122 York Road, Ste. 300, Oak Brook, IL 60523 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

Relacja prawnie upoważnionego przedstawiciela względem pacjenta

DALSZE UJAWNIANIE: Zawiadamia 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. Zawiadamia się niniejszym odbiorcę, iż prawo zabrania dalszego ujawniania informacji zdrowotnych dotyczących nadużywania narkotyków i/lub alkoholu, HIV i leczenia problemów psychicznych.
