

FORMULARZ ZEZWALAJĄCY NA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia: _____

Adres: _____ Telefon: _____

_____ Email: _____

**** Za udostępnienie dokumentacji medycznej może zostać naliczona opłata ****

Dostarczyć do: _____ (Osoba, w tym sufiks lub organizacja)

Adres
(wymagany do przetworzenia): _____

Proszę zaznaczyć metodę dostarczenia:

Adres korespondencyjny: _____

Adres e-mail: _____ Fax #: _____

Dokumentacja do udostępnienia: (Proszę zaznaczyć wszystkie których dotyczy ten wniosek)

Cała Dokumentacja Medyczna Szczegółowe Zestawienia Rozliczeniowe Inne: _____

Proszę udostępnić kopię mojej dokumentacji medycznej dla wszystkich dat lub za okres: Od: _____ Do: _____

Uwaga: Udostępnienie dokumentacji będzie zawierało poufne informacje, takie jak zdrowie psychiczne, nadużywanie alkoholu/substancji oraz HIV/AIDS.

Ta zgoda zostanie użyta do: (Proszę zaznaczyć jedną opcję)

Żądanie Pacjenta Do Social Inne: _____

Ubezpieczenia Security/Niepełnosprawność

Kontynuacja Opieki Dla Prawnika Worker's Compensation _____

(Powypadkowa wypłata dla pracownika)

- Rozumiem, że komunikacja za pośrednictwem poczty elektronicznej wiąże się z szeregiem zagrożeń i istnieje możliwość, że wysłana lub otrzymana wiadomość e-mail może zostać przechwycona, zmieniona, przekazana i/lub przeczytana przez inne osoby.
- Rozumiem, że mogę odwołać to upoważnienie na piśmie na adres Athletico 2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523 w dowolnym czasie i będzie obowiązywać od dnia powiadomienia, z wyjątkiem przypadków, gdy działania zostały podjęte w oparciu o niniejsze upoważnienie.
- Rozumiem, że niepodpisanie tego formularza nie wpłynie na moją opiekę zdrowotną.
- Rozumiem, że niniejsze upoważnienie wygasa w następującym dniu lub zdarzeniu, o ile nie zostanie cofnięte w inny sposób: _____.
- Jeżeli nie wskazano żadnej daty, upoważnienie wygaśnie jeden (1) rok od daty podpisania.
- Rozumiem, że mam prawo zapoznać się z informacjami o moim stanie zdrowia przed udostępnieniem. Rozumiem również, że mam prawo otrzymać kopię tego upoważnienia.

Podpis pacjenta lub prawnie upoważniony przedstawiciel

Data

Drukowane imię i nazwisko pacjenta lub prawnie upoważnionego przedstawiciela

Relacja prawnie upoważnionego przedstawiciela do pacjenta

***W przypadku podpisania upoważnienia przez pełnomocnika pacjenta potrzebne będzie pełnomocnictwo prawne

PONOWNE UJAWNIECIE: Niniejszym przekazuje się pacjentowi lub przedstawicielowi prawnemu podpisującemu niniejsze Upoważnienie zawiadomienie, że Athletico nie może zagwarantować, że Odbiorca otrzymujący żądane informacje zdrowotne nie ujawni ich ponownie części lub całości innym. Niniejszym przekazuje się Odbiorcy informację, że przepisy prawa zabraniają ponownego ujawniania jakichkolwiek informacji zdrowotnych dotyczących nadużywania narkotyków i/lub alkoholu, HIV i leczenia chorób psychicznych.

