

WNIOSEK O UZYSKANIE DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i Nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Adres: _____ Telefon: _____

_____ Email: _____

****Udostępnienie dokumentacji medycznej może być odpłatne****

Adresat: _____ (osoba fizyczna, nazwa firmy)

Adres
(wymagane do wysyłki): _____

Wybierz sposób udostępnienia dokumentacji:

Adres zamieszkania: _____

Adres Email: _____ Faks #: _____

Zakres wnioskowanej dokumentacji: **(Zaznacz właściwe)**

Dokumentacja medyczna Dokumentacja z terapii zajęciowej Rozliczenia finansowe Inne: _____

Dokumentacja za okres: Od: _____ Do: _____

Uwaga: Ujawnione dane mogą zawierać informacje nt. zdrowia psychicznego, nadużywania alkoholu/narkotyków oraz HIV/AIDS.

Udostępnienie dokumentacji jest na potrzeby: (Zaznacz jedno pole)

Osobiste pacjenta Ubezpieczenia Social Security/inwalidztwa Inne: _____

Dalszej opieki Prawne Odszkodowania za wypadek _____

- Rozumiem, że komunikacja email niesie za sobą ryzyka, możliwe, że wiadomość wysłana i otrzymana może zostać przejęta, zmieniona oraz przesłana dalej i udostępniona osobom nieupoważnionym.
- Rozumiem, że mogę w dowolnym momencie niniejszy wniosek odwołać wysyłając pismo na adres **Athletico 2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523** ze skutkiem od momentu wpłynięcia pisma, za wyjątkiem działań podjętych przed otrzymaniem pisma.
- Rozumiem, że odmowa podpisania niniejszego wniosku nie ma wpływu na świadczoną mi opiekę zdrowotną.
- Rozumiem, że o ile niniejszy wniosek nie zostanie wcześniej cofnięty, to wygaśnie on w dniu/w przypadku: _____.
- W przypadku braku wskazanej daty wniosek wygasa w terminie (1) roku od daty jego podpisania.
- Rozumiem, że przysługuje mi prawo wglądu do informacji medycznych przed ich ujawnieniem. Rozumiem także, że mam prawo otrzymania kopii niniejszego wniosku.

Podpis pacjenta lub upoważnionego opiekuna

Data

Imię i nazwisko pacjenta lub opiekuna drukowanymi literami

Pokrewieństwo opiekuna w stosunku do pacjenta

*****W przypadku, gdy niniejszy wniosek podpisuje prawnik pacjenta, konieczne jest przedstawienie pełnomocnictwa**

DALSZE PRZETWARZANIE: Niniejszym zawiadamia się pacjenta lub przedstawiciela prawnego podpisującego niniejszy wniosek, że Athletico nie może zagwarantować, iż odbiorca otrzymujący żądane informacje medyczne nie ujawni ich w całości lub części innym osobom. Niniejszym zawiadamia się odbiorcę, iż obowiązujące prawo zabrania dalszego ujawniania informacji medycznych dotyczących leczenia: uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, wirusa HIV oraz leczenia psychiatrycznego.