

Data _____ Imię i Nazwisko _____

(Pierwsze imię)

(Drugie imię)

(Nazwisko)

Wybrany zaimek: Pan/on Pani/ona Państwo/oni Moje imię Bez preferencji Inny zaimek: _____

Wybrane imię lub pseudonim _____ Data urodzenia _____ Wiek _____

Płeć z ubezpieczenia zdrowotnego: Mężczyzna Kobieta

Adres: _____

(Ulica)

(Miasto)

(Stan)

(Kod pocztowy)

Preferowana forma kontaktu: Telefon komórkowy Tel. domowy Tel. dzienny Email Preferowany telefon # _____ **Proszę zaznaczyć, jeżeli wyrażasz zgodę na otrzymywanie powiadomień****e-mail/SMS, telefonicznych dotyczących płatności, ubezpieczenia lub przypominających o terminach wizyt ***

*Zaznaczając powyższe pole upoważniam Athletico Physical Therapy do wysyłania powiadomień e-mail, SMS, telefonicznych, dotyczących płatności, ubezpieczenia i terminów wizyt pod wskazany przeze mnie numer telefonu. Upoważniam personel Athletico do pozostawienia na poczcie głosowej wiadomości dotyczących terminów, przypomnień o umówionych wizytach a także informacji o ubezpieczeniu i rozliczeniach. Przyjmuję do wiadomości, że w związku z ww. formami komunikacji istnieje pewne ryzyko związane z przetwarzaniem danych osobowych.

Zgoda na komunikację e-mail

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości e-mail dotyczących terminów wizyt i informacji marketingowych od Athletico Physical na następujący adres e-mail: _____

Język mówiony? _____ Czy potrzebny jest tłumacz? Tak Nie *Przysługuje ci prawo do bezpłatnego korzystania z usług tłumacza. Powiadom lekarza lub pracownika recepcji, jeżeli zachodzi taka potrzeba.*

Nazwa Pracodawcy _____ Telefon do Pracodawcy _____

Adres Lokalny Pracodawcy _____

Osoba kontaktowa z działu kadr _____ Telefon do kadr _____

Jak dowiedziałeś się o Athletico? (Proszę zaznaczyć jedno z poniższych)Reklama Internet Strona Athletico Szkoła Klub Sport. Widowisko Ubezpieczenie Grupa sportowa Zawody Grupa treningowa Placówka Athletico Skierowanie lekarskie Inne Proszę podać nazwę/organizację: _____**Zgoda na komunikację werbalną**Osobę(y) wymienioną(e) poniżej upoważniam do otrzymywania informacji na temat moich: wizyt lekarskich, opieki zdrowotnej i płatności. Niniejsza zgoda **NIE DOTYCZY** informacji zdrowotnych sporządzonych w formie pisemnej.

Imię i nazwisko _____ Pokrewieństwo/Relacja _____

Imię i nazwisko _____ Pokrewieństwo/Relacja _____

Informacje kontaktowe w nagłych wypadkach

Osoba do kontaktu w nagłych wypadkach:

Imię i nazwisko _____ Numer telefonu _____ Pokrewieństwo/Relacja _____

Informacje o lekarzu, który wystawił skierowanie

Lekarz kierujący _____ Telefon _____

Adres _____

Termin kolejnej wizyty: **Data** _____ **Godzina** _____Czy masz lekarza rodzinnego? Tak Nie

Jeżeli tak, czy wyrażasz zgodę na przesłanie kopii korespondencji do lekarza rodzinnego? Proszę wypełnić:

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego _____ Telefon _____

Adres _____

Ubezpieczenie

Czy terapia była konsultowana z ubezpieczycielem? Tak Nie
Czy w tym roku korzystałeś z fizjoterapii/terapii zajęciowej? Tak Nie
Ilość odbytych sesji terapii fizycznej/zajęciowej (w tym chiropraktyka) w tym roku? _____ Były Pacjent? Tak Nie

Ubezpieczenie zdrowotne

Nazwa głównego ubezpieczyciela _____ ID# _____ Grupa # _____
Imię i nazwisko właściciela polisy _____ Pokrewieństwo _____ Data urodzenia _____
Nazwa drugiego ubezpieczyciela _____ ID# _____ Grupa # _____
Imię i nazwisko właściciela polisy _____ Pokrewieństwo _____ Data urodzenia _____

Wypadek samochodowy / obrażenia ciała

Czy chodzi o wypadek samochodowy? Tak Nie Czy doznano obrażeń ciała? Tak Nie
Data wypadku _____
Miasto i stan w jakim doszło do wypadku? _____ Czy toczy się postępowanie prawne? Tak Nie
Imię i nazwisko prawnika/Nazwa kancelarii _____ Numer telefonu do prawnika _____

Odszkodowanie za wypadek przy pracy (Wypełnić należy TYLKO gdy doznano urazu podczas wypadku w miejscu pracy)

**Proszę upewnić się, że informacje o pracodawcy zostały podane na poprzedniej stronie.*
Czy chodzi o potwierdzony uraz powstały w miejscu pracy? Tak Nie Data powstania urazu _____
Miasto i stan w jakim doszło do urazu? _____
Czy w związku z tym wypadkiem przy pracy zaangażowałeś adwokata do reprezentacji prawnej? Tak Nie
Imię i nazwisko adwokata/Kancelaria _____ Numer telefonu do adwokata _____
Nazwa Twojego stanowiska _____ Staż pracy u pracodawcy _____

Aktualny status obowiązków w zakładzie, gdzie doszło do urazu? Pełne Zmodyfikowane Nie pracuję
Czy byłeś ostatnio na pogotowiu (ER) z powodu bólu będącego wynikiem tego urazu przy pracy? Tak Nie
Czy niedawno przeszedłeś operację lub zostałeś przyjęty stacjonarnie do szpitala? Tak Nie
Czy doświadczyłeś ataku bólu, mrowienia, pieczenia i/lub osłabienia pośladka, uda, stopy (uraz kręgosłupa) lub barku, ramienia lub dłoni (uraz szyi)? Tak Nie

Czy obecnie lub kiedykolwiek miałeś: Cukrzycę? Tak Nie Depresję? Tak Nie
Stany lękowe? Tak Nie Nadciśnienie? Tak Nie

Czy obecnie przyjmujesz narkotyki lub opioidy w celu leczenia bólu? Tak Nie
Czy obecnie zażywasz leki rozrzedzające krew? Tak Nie
Czy w twojej ocenie kiedykolwiek miałeś problem z nadużywaniem substancji? Tak Nie Czasami
Czy w przeszłości byłeś nieobecny w zakładzie pracy z powodu urazu doznanego przy pracy? Tak Nie
Czy masz możliwość wyboru pracy w godzinach nadliczbowych? Tak Nie
Czy musisz pracować w godzinach nadliczbowych? Tak Nie

Historia Chorób

Jaka dolegliwość(i) będzie zaadresowana na dzisiejszej terapii? Opisz rodzaj i miejsce występowania symptomów _____

Kiedy (mniej więcej) powyższe symptomy wystąpiły? _____

Symptomy obecnie : Poprawiają się Pogarszają się Są bez zmian

Symptomy obecnie: Nawracają Są Stałe Stałe, ale zmieniają się przy aktywności

Co sprzyja poprawie symptomów? _____

Co sprzyja nasileniu się symptomów? _____

O jakiej porze dnia symptomy się nasilają? Rano Południe Wieczór Nocą

Czy w ostatnim czasie wystąpiły? (Proszę zaznaczyć wszystkie pozycje, które mają zastosowanie)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zmiany funkcji jelit lub pęcherza | <input type="checkbox"/> Bóle głowy | <input type="checkbox"/> Utrata/wzrost wagi | <input type="checkbox"/> Oszołomienie |
| <input type="checkbox"/> Zadyszka | <input type="checkbox"/> Problemy z równowagą przy chodzeniu | <input type="checkbox"/> Drętwość/mrowienie | <input type="checkbox"/> Zmiany apetytu |
| <input type="checkbox"/> Nudności/wymioty | <input type="checkbox"/> Problemy z połykaniem | <input type="checkbox"/> Gorączka/dreszcze /poty | |
| <input type="checkbox"/> Zmęczenie/słabość | | <input type="checkbox"/> Bóle nocne | |
| | | <input type="checkbox"/> Zawroty głowy | |

Dotychczasowe terapie lecznicze podjęte w związku z dolegliwością: Chiropraktyk Akupunktura Zastrzyki

Terapia fizyczna/ zajęciowa Inne _____

Przeprowadzone badania: Prześwietlenie Skan kości CT Scan MRI

Proszę podać historię schorzeń (m.in. upadki, operacje, rozrusznik) włącznie z datami (proszę wskazać, które schorzenie jest aktualne) _____

Czy jesteś w ciąży? Jeżeli tak, w którym tygodniu? _____

Jeżeli jesteś w ciąży, czy doświadczasz bóli związanych z ciążą? _____

MIPS

Wskaźnik BMI: Wzrost _____ Waga _____

Diagnostyka depresji: w ciągu ostatnich 2 tygodni jak często zdarzyło ci się?

- | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brak zainteresowania codziennością: W ogóle nie | <input type="checkbox"/> Kilka dni | <input type="checkbox"/> Połowę okresu dwóch tyg. | <input type="checkbox"/> Omal codziennie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Zły nastrój, depresja lub beznadzieja: W ogóle nie | <input type="checkbox"/> Kilka dni | <input type="checkbox"/> Połowę okresu dwóch tyg. | <input type="checkbox"/> Omal codziennie | <input type="checkbox"/> |

Leki: Czy obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki, zioła, witaminy, suplementy, produkty na bazie marihuany? Tak Nie
Jeżeli tak, proszę wymienić je poniżej.

Nazwa leku	Ile (dawka)	Jak często	Postać leku (proszę wybrać jedną odpowiedź)
_____	_____	_____	Maść <input type="checkbox"/> Tabl. <input type="checkbox"/> Krople <input type="checkbox"/> Plaster <input type="checkbox"/> Zastrzyk <input type="checkbox"/> Inhalator <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Maść <input type="checkbox"/> Tabl. <input type="checkbox"/> Krople <input type="checkbox"/> Plaster <input type="checkbox"/> Zastrzyk <input type="checkbox"/> Inhalator <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Maść <input type="checkbox"/> Tabl. <input type="checkbox"/> Krople <input type="checkbox"/> Plaster <input type="checkbox"/> Zastrzyk <input type="checkbox"/> Inhalator <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Maść <input type="checkbox"/> Tabl. <input type="checkbox"/> Krople <input type="checkbox"/> Plaster <input type="checkbox"/> Zastrzyk <input type="checkbox"/> Inhalator <input type="checkbox"/>

Proszę wymienić alergie (m.in., na leki, lateks, klej) _____

Diagnostyka ryzyka upadku:

- Ilość upadków w ostatnim roku kalendarzowym? 0 1 2+
- Czy na skutek upadku powstały obrażenia? Tak Nie

Diagnostyka wykorzystywania/przemocy: Czy cierpisz z powodu przemocy (np.: fizycznej, emocjonalnej, psychologicznej), zaniedbania, porzucenia, przemocy finansowej lub bezzasadnej kontroli? Tak Nie

Spożywanie alkoholu: Ilość drinków spożywanych dziennie w obecnym roku, 5 (mężczyźni) i 4 (kobiety, osoby powyżej 65lat) _____

Tytoń (12+ roku życia): Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy paliłeś tytoń? (Wybierz jedną opcję) Tak Nie

Diagnostyka funkcji miednicy:

- Czy aktualnie zdiagnozowano u Ciebie nietrzymanie moczu? Tak Nie
- Niezależnie od diagnozy czy nietrzymanie moczu występuje obecnie? Tak Nie
- Czy występują inne objawy lub dolegliwości związane z funkcjonowaniem miednicy (m.in., uczucie ciężkości dna miednicy, ból miednicy/pęcherza lub jamy brzusznej, nieregularne wypróżnianie) Tak Nie

Zwyczaje/Rekreacja/Aktywność fizyczna

Dom Kondominium/Mieszkanie Ośrodek mieszkalny Dom opieki

Czy mieszkasz sam: Tak Nie

Czy pracujesz obecnie: Tak, pełny zakres obowiązków Tak, lżejszy zakres obowiązków Nie

Data ostatniego zatrudnienia _____

Athletico Physical Therapy stosuje się do obowiązujących przepisów federalnych dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, wiek, wyznanie, płeć, pochodzenie, status ekonomiczny, orientację seksualną, ekspresję i tożsamość płciową, niepełnosprawność, status weterana czy źródło dochodów. Każda osoba traktowana jest indywidualnie z godnością, współczuciem i szacunkiem.

04/01/23

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt: 1-877-ATHLETICO | email: info@athletico.com

1. ZGODA NA LECZENIE: Niniejszym wyrażam zgodę i upoważniam mojego fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego, personel medyczny oraz asystentów zaangażowanych w moją opiekę, na leczenie zlecone przez mojego lekarza prowadzącego i/lub konieczne bądź rekomendowane przez lekarza, fizjoterapeutę/terapeutę zajęciowego lub personel terapeutyczny. Rozumiem, że diagnoza postawiona przez fizjoterapeutę nie jest lekarską diagnozą medyczną. Rozumiem również, iż moje leczenie może obejmować techniki powodujące siniaki, zaczerwienienia skóry, obolałość, krwiaki oraz techniki takie jak: dekompresja mięśniowo-powięziowa, restrykcje przepływu krwi, terapia narządowa tkanek miękkich, Asytm®, Technika Grastona®, analiza video stylu rzucania i analiza video chodzenia. Wiem, iż moim obowiązkiem jest poinformowanie fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego lub inny personel terapeutyczny o odczuwaniu dyskomfortu lub bólu w trakcie trwania terapii a także innych problemów wynikłych podczas jej trwania. Rozumiem, że reakcja na terapię fizyczną różni się w zależności od pacjenta i możliwe jest, że leczenie może spowodować nasilenie istniejących objawów, ból bądź uraz.

2. DOTRZYMYWANIE TERMINU WIZYTY: Zdaję sobie sprawę z istotności regularnego uczestnictwa w terapii, umawiania terminów wizyt z wyprzedzeniem i punktualnego stawiennictwa. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku spóźnienia dłuższego niż 15 minut umówiony termin wizyty zostanie przełożony. Rozumiem, jednocześnie przyjmując do wiadomości, że terminy dostępne w danym tygodniu mogą być niedostępne w tygodniu kolejnym. Zobowiązuję się poinformować, z co najmniej 24-godzinnym wyprzedzeniem, o odwołaniu bądź przełożeniu terminu wizyty, jednocześnie rozumiem, iż nieobecność bez wcześniejszego odwołania wizyty z co najmniej 24-godzinnym wyprzedzeniem spowoduje jej anulowanie/naliczenie kary pieniężnej w wysokości od \$30 do \$60 w zależności od rodzaju wizyty.

PACJENCI KORZYSTAJĄCY Z UBEZPIECZENIA PRACOWNICZEGO: Rozumiem, że Athletico jest zobowiązane powiadomić mojego rzeczoznawcę ds. ubezpieczenia pracowniczego i/lub kierownika rehabilitacji o wszystkich nieobecnościach lub odwołanych terminach. Rozumiem, że każda odwołana wizyta musi być przełożona na inny termin.

3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PŁATNOŚCI: zarówno dopłaty, czyli tzw. "co-payments", jak i opłaty jednostkowe za poszczególne usługi (m.in., Astym, Graston, VTA, VTA, itd.) są należne w momencie ich świadczenia. Przyjmuję do wiadomości, iż w zamian za usługi świadczone przez Athletico, jestem finansowo odpowiedzialny za opłacenie rachunku. Potwierdzam, że moim obowiązkiem jest przedstawić Athletico informacje na temat mojego ubezpieczyciela a także zapoznać się z treścią mojej polisy ubezpieczeniowej oraz jej zasadami. Wszelkie pytania dotyczące zakresu mojego ubezpieczenia zdrowotnego lub zakresu świadczeń będą kierowane bezpośrednio do ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może zdecydować o mojej częściowej lub pełnej finansowej odpowiedzialności za tzw.: deductible, co-payment, co-insurance bądź koszty nie pokryte lub odrzucone przez ubezpieczenie, Medicare lub inne programy. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów za które jestem odpowiedzialny. Athletico wyśle kopię rachunku do mojego ubezpieczyciela, jednak zobowiązuję się opłacić wszelkie płatności będące moją odpowiedzialnością. Jeżeli zostanie wszczęta procedura windykacji, to zostaną obciążony również kosztami związanymi z jej wszczęciem.

Jeżeli płatność dokonywana jest czekiem, to upoważniam Athletico do przetworzenia informacji w nim zawartych celem dokonania jednorazowego, elektronicznego przelewu środków (EFT/ACH) lub pobrania z mojego konta. Jeżeli płatność jest realizowana za pomocą przelewu EFT, środki z mojego konta mogą być potrącone już tego samego dnia a moja instytucja finansowa nie dokona zwrotu czeku.

Odmowa podpisania niniejszego formularza nie zmienia odpowiedzialności finansowej pacjenta.

4. CESJA ŚWIADCZEŃ: Niniejszym przenoszę na Athletico wszystkie moje prawa i roszczenia o zwrot kosztów w ramach mojej polisy ubezpieczenia zdrowotnego. Deklaruję gotowość do współpracy z Athletico i przekazywanie informacji potrzebnych do ustalenia czy ww. roszczenia i prawa mi przysługują.

5. DOSTĘP DO DANYCH MEDYCZNYCH PACJENTA I ICH PRZETWARZANIE: Rozumiem, że Athletico może dokumentować i przetwarzać moje dane medyczne i informacje związane z leczeniem w formie elektronicznej lub innej oraz wykorzysta je w procesie leczenia, na potrzeby płatności i ujawni je osobom zaangażowanym w moją opiekę. Jednocześnie upoważniam personel medyczny i administracyjny Athletico do kontaktowania się z innymi pracownikami służby zdrowia mającymi informacje na temat mojego wcześniejszego i obecnego stanu zdrowia i leczenia. Potwierdzam, że otrzymałem od Athletico *Informację o Polityce Prywatności (Notice of Privacy Practices)* wyjaśniające jak moje dane medyczne są przetwarzane i ujawniane oraz jak uzyskać do nich dostęp i kontrolę. (Proszę zaznaczyć pole obok)

Podpisując poniżej potwierdzam, że zapoznałem się z niniejszym dokumentem, rozumiem jego treść i w pełni się z nią zgadzam składając niniejszy podpis dobrowolnie.

Imię i nazwisko pacjenta (drukowane litery)

Podpis pacjenta lub pełnomocnika

Data

Imię i nazwisko pełnomocnika druk (jeśli nie podpisuje pacjent)

Data

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

Niniejszy dokument wyjaśnia sposoby przetwarzania i udostępniania danych medycznych pacjenta oraz uzyskania do nich wglądu.

Twoje prawa

W związku z przetwarzaniem danych medycznych przysługują ci pewne prawa. W tej części opisano jak z nich korzystać.

Prawo do otrzymania kopii elektronicznej bądź papierowej

- Możesz złożyć wniosek o wydanie kopii twoich danych medycznych w formie elektronicznej lub papierowej. Wniosek ten składa się w formie pisemnej.
- Kopie twoich danych medycznych prześlemy w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku. Pacjent może ponieść koszty sporządzenia kopii.

Prawo do korekty lub zmiany danych medycznych

- Możesz zwrócić się z pisemnym wnioskiem o korektę, jeżeli twoim zdaniem dane medyczne są niepełne lub niepoprawne.
- Przysługuje nam jednak prawo odmowy skorygowania informacji a o powodach odmowy poinformujemy cię pisemnie.

Prawo do poufnej komunikacji

- Możesz zwrócić się do nas z prośbą o specyficzną formę kontaktu (np. Telefon komórkowy) lub podać inny adres do doręczeń. Spełnimy wszystkie uzasadnione prośby.

Prawo do żądania ograniczeń wykorzystywania i ujawniania

- Możesz poprosić nas o zaniechanie przetwarzania i udostępniania twoich danych medycznych na potrzeby leczenia, płatności bądź działań operacyjnych.
- Nie jesteśmy zobowiązani przychylić się ww. żądaniu, przysługuje nam prawo odmowy, gdyby decyzja ta miała wpływ na świadczoną opiekę.
- Na twoją prośbę, jeżeli płacisz za świadczenie zdrowotne w całości z własnej kieszeni, nie poinformujemy o tym fakcie twojego ubezpieczyciela oraz nie użyjemy tych informacji do celów operacyjnych i finansowych.
- Za wyjątkiem, gdy ujawnienie takiej informacji jest wymagane przez prawo.

Prawo do informacji o naruszeniach

- Powiadomimy cię, jeśli dojdzie do naruszenia poufności twoich danych medycznych

Prawo do otrzymania wykazu informacji, które udostępniłmy innym podmiotom

- Masz prawo do otrzymania listy informacji, które udostępniłmy innym podmiotom, jeżeli tak się stało. W skład ww. listy nie wchodzi ujawnienia dotyczące przebiegu leczenia, płatności bądź związane z działalnością operacyjną placówki i inne informacje o których ujawnienie wnioskowałeś.
- Chodzi tu o dane medyczne sięgające 6 lat wstecz.
- Przysługuje ci prawo do otrzymania jednej, bezpłatnej kopii rocznie. Jeżeli jednak w ciągu 12 m-cy zawnioskujesz o kolejną kopię, obciążymy cię kosztami jej sporządzenia.

Prawo do Uzyskania Kopii Niniejszego Dokumentu.

- Możesz poprosić o kopię niniejszego dokumentu w dowolnym momencie, nawet gdy wcześniej zawnioskowałeś o wersję elektroniczną. Niezwłocznie dostarczymy ci wersję papierową.

Ochrona twoich danych medycznych jest dla nas ważna

- Jesteśmy prawnie zobowiązani do zachowania poufności i bezpieczeństwa twoich chronionych informacji medycznych. Obowiązki i praktyki co do poufności zawarte w niniejszym dokumencie są dla nas wiążące.
- Jeżeli uważasz, że naruszyliśmy twoje prawo do poufności, skontaktuj się z naszym Specjalistą ds. poufności pod numerem telefonu: 630-575-1962 lub www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Możesz także złożyć pisemną skargę do Urzędu Praw Obywatelskich przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Wniesienie skargi nie niesie za sobą żadnych konsekwencji.
- Jeżeli chcesz skorzystać z ww. przysługujących ci praw, możesz złożyć wniosek w formie pisemnej. Formularze dostępne są na żądanie w każdej z naszych placówek lub pod numerem telefonu podanym na końcu niniejszego dokumentu.

Wykorzystywanie i ujawnianie danych

Mamy prawo ujawnić i przetworzyć twoje dane medyczne bez twojej pisemnej zgody w następujących przypadkach:

Pomoc w zarządzaniu procesem leczenia

- Twoje dane medyczne mogą być wykorzystane w procesie świadczenia i koordynowania opieki medycznej. Przykładowo, fizjoterapeuta ujawni twoje dane medyczne podczas konsultacji z twoim lekarzem rodzinnym w sprawie dotyczącej twojego stanu zdrowia.

Działania operacyjne zakładu opieki zdrowotnej

- Możemy wykorzystać lub ujawnić twoje dane medyczne do celów operacyjnych związanych z prowadzeniem zakładu opieki zdrowotnej.
Na przykład: do oceny jakości świadczonych usług, w związku z funkcjami licencyjnymi i poświadczającymi kwalifikacje oraz i innymi funkcjami administracyjnymi.

Płatności

- Użyjemy twoich danych medycznych na potrzeby wystawienia rachunku lub otrzymania płatności za świadczenia medyczne.

Na przykład: skontaktujemy się z twoim ubezpieczycielem celem otrzymania zapłaty za świadczone usługi medyczne.

Komunikacja z pacjentem

- Możemy kontaktować się z tobą celem przypomnienia o nadchodzących terminach wizyt oraz w sprawach rozliczeń i płatności.

Członkowie rodziny i inne osoby zaangażowane w twoją opiekę

- O ile nie wyrazisz sprzeciwu, możemy ujawnić twoje dane medyczne członkowi rodziny, krewnemu lub bliskiemu przyjacielowi zaangażowanemu w twoją opiekę lub opłacający twoją opiekę.

Przykładowo, ujawnimy twoje dane medyczne członkowi rodziny, celem ułatwienia zrozumienia procesu twojego leczenia, uproszczenia opłacania rachunków lub umawiania wizyt.

Ubezpieczenie pracownicze

- Ujawnimy twoje dane medyczne w zakresie dopuszczonym przez prawo i w zakresie niezbędnym do przestrzegania przepisów dotyczących odszkodowań pracowniczych lub podobnych programów ustanowionych przez prawo. Programy te zapewniają benefity w przypadku doznania urazu bądź choroby w wyniku wypadku przy pracy.

Zgodność z wymogami prawa

- Twoje dane medyczne mogą być udostępnione, gdy wymaga tego prawo federalne, stanowe lub lokalne.

Działania w zakresie ochrony zdrowia publicznego

- Możliwe, że w ramach obowiązującego prawa, prześlemy twoje dane medyczne agencjom nadzorującym zdrowie publiczne.

Przykładowo, działania nadzorujące mogą obejmować: audyty, dochodzenia i inspekcje niezbędne do rządowego monitorowania zdrowia publicznego.

Wykorzystywanie danych do celów marketingowych

- Możemy wykorzystać twoje dane medyczne, aby kontaktować się z tobą w sprawach dotyczących świadczeń, produktów lub nowych placówek, które naszym zdaniem mogą cię zainteresować.

Prowadzenie badań

- W niektórych okolicznościach, za twoją zgodą, wykorzystamy twoje dane medyczne do celów badawczych.

Zapobieganie poważnym zagrożeniom bezpieczeństwa

- Ujawnimy twoje dane medyczne w sytuacjach takich jak: zapobieganie chorobom, zgłaszanie podejrzeń nadużyć, zaniedbań, przemocy domowej, zapobieganie lub minimalizowanie niebezpieczeństwa związanego z poważnym zagrożeniem dla zdrowia i bezpieczeństwa każdej osoby.

Organy ścigania i specjalne jednostki rządowe

- Twoje dane medyczne zostaną ujawnione zgodnie z obowiązującym prawem dla celu egzekwowania przepisów prawa. W pewnych okolicznościach ujawnimy dane medyczne wyspecjalizowanym jednostkom rządowym.

W ramach postępowania sądowego

- Udostępnimy twoje dane medyczne w odpowiedzi na nakaz sądowy, nakaz stawienia się na rozprawę lub temu podobne.

Partnerzy biznesowi

- Twoje dane medyczne mogą być udostępnione innym osobom lub firmom tzw. "partnerom biznesowym", które świadczą usługi dla Athletico. *Przykładowo, partnerem biznesowym jest firma zarządzająca rozliczeniami dla Athletico. We wszystkich przypadkach wymagamy od naszych partnerów biznesowych odpowiedniej ochrony twoich danych medycznych.*

Rodzice i prawni opiekunowie osób nieletnich

- Zgodnie z prawem federalnym i stanowym, dane medyczne osób nieletnich będą ujawnione ich rodzicom lub opiekunom.

Informacje wysoce poufne

- Przepisy federalne i stanowe przewidują dodatkową ochronę pewnych danych medycznych. Chodzi tu o dane dotyczące zdrowia psychicznego, HIV/AIDS, leczenia uzależnień od alkoholu lub narkotyków.

Uses and disclosures pursuant to an authorization

Other uses and disclosures of your protected health information, not described above, will be made only with your written authorization. You may revoke your authorization, in writing, at any time, except that a revocation will not affect any uses or disclosures we have made in reliance on such authorization.

Changes to the terms of this notice

We can change the terms of this Notice and the changes will apply to all information we have about you. The new Notice will be available upon request, posted at each of our facilities and our web site at athletico.com.

This Notice of Privacy Practices applies to Athletico Holdings, LLC and its subsidiaries and controlled affiliates (including, without limitation, Athletico, Ltd. and its subsidiaries) (collectively, "Athletico"). Please visit our website for a full listing of all Athletico locations.

If you have any questions, or would like to discuss this Notice in more detail, please contact the privacy officer at 630-575-1962 or .c.compliance@athletico.com. This Notice is effective as of April 1, 2018

Wykorzystywanie i ujawnianie danych za zgodą pacjenta

Udostępnianie twoich danych medycznych w przypadkach nie wymienionych w niniejszym dokumencie będzie możliwe tylko za twoją pisemną zgodą. Możesz cofnąć tę zgodę w formie pisemnej w każdym momencie. Nie dotyczy to sytuacji, w której ujawniliśmy dane medyczne w oparciu o wyżej wymienioną zgodę.

Zmiany niniejszego dokumentu

Zastrzegamy sobie prawo do zmiany niniejszego dokumentu i zastosowania go w odniesieniu do twoich danych medycznych. Zmieniony dokument dostępny będzie na żądanie a także opublikujemy jego nową wersję w naszych placówkach oraz na naszej stronie internetowej athletico.com.

Niniejsza klauzula o praktykach ochrony danych medycznych dotyczy Athletico Holdings LLC oraz jej spółek zależnych i kontrolowanych podmiotów stowarzyszonych (włączając Athletico Ltd. oraz spółki zależne) (zwanymi ogólnie „Athletico”). Informacje o pozostałych lokalizacjach Athletico znajdziesz na naszej stronie internetowej.

W przypadku pytań bądź chęci przedyskutowania szczegółów niniejszego dokumentu, prosimy o kontakt ze Specjalistą ds. poufności pod numerem telefonu 630-575-1962 lub: .c.compliance@athletico.com. Niniejszy dokument obowiązuje od dnia 1 Kwietnia 2018 roku.

Dla rezydentów stanu Maryland posiadających tylko Medicare part B

Zdecydowaliśmy się na udział w Chesapeake Regionalnym Systemie Informacyjnym dla naszych pacjentów (w skrócie: "CRISP"), który jest giełdą wymiany danych medycznych pacjenta (w skrócie: "HIEs") na obszarze stanu Maryland. CRISP jest również związany z innymi HEIs włączając te w Alasce, Connecticut, D.C, Maryland i Wirginii Zachodniej i wymienia z nimi dane medyczne pacjentów. Zgodnie z obowiązującym prawem, dane medyczne pacjenta będą udostępniane tym ww. giełdom celem zapewnienia szybszego dostępu i koordynacji opieki zdrowotnej oraz aby umożliwić świadczeniodawcom i placówkom zdrowia publicznego podejmowanie bardziej świadomych decyzji. Możesz cofnąć zgodę na ujawnianie Twoich danych medycznych i dostęp do nich przez CRISP dzwoniąc pod numer telefonu: 1-877-952-7477 lub wypełniając formularz "cofnięcia zgody" oraz wysyłając go do CRISP drogą pocztową, faksem lub elektronicznie www.crisphealth.org. Raporty publiczne dotyczące zdrowia publicznego oraz Informacje o Niebezpiecznych Substancjach Kontrolowanych w ramach Programu Monitorowania Leków na Receptę stanu Maryland („PDMP”) będą nadal dostępne dla świadczeniodawców.