

**Wniosek o dostęp do informacji
dotyczących zdrowia**

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals wykorzysta ten formularz do udokumentowania Pana/Pani prośby o dostęp do informacji dotyczących Pana/Pani zdrowia.Wymagany rodzaj dostępu: Kopie Zapoznanie się na miejscuWymagany format: Dokument papierowy CD E-mail Inny: _____**Metoda wydania:** Odbiór / Osobiście E-mail na adres: _____ Przesyłka pocztowa na adres: _____**PONIŻSZE INFORMACJE SĄ WYMAGANE DLA WSZYSTKICH WNIOSKÓW****Informacje, do których ma być uzyskany dostęp:** Informacje dotyczące zdrowia (data(-y)) _____ Raporty z badań radiologicznych (data(-y)) _____ Wyniki badań laboratoryjnych (data(-y)) _____ Notatki dotyczące postępów (data(-y)) _____ Dokumentacja płatnicza (data(-y)): _____ Moja pełna dokumentacja medyczna Inne (podać): _____**Poniższe informacje nie będą udostępniane, chyba że zostanie konkretnie wybrany któryś z odpowiednich typów poniżej:** Informacje dotyczące zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych Informacje dotyczące zdrowia psychicznego Informacje dotyczące testów genetycznych Informacje dotyczące HIV

Rozumiem, że mam prawo do dostępu do informacji dotyczących mojego zdrowia w formie i formacie zgodnym z wnioskiem, jeśli ich szybkie uzyskanie w takiej formie i formacie jest możliwe, oraz że jeśli firma NYC Health + Hospitals nie będzie w stanie szybko zapewnić tych informacji dotyczących zdrowia w wymaganej formie i formacie, otrzymam czytelną kopię papierową lub informacje w innej formie i formacie, zgodnie z tym, co zostanie wspólnie ustalone.

Rozumiem, że jeśli wnioskuję o uzyskanie kopii elektronicznej informacji dotyczących mojego zdrowia, zostanie mi ona dostarczona, jeśli jej szybkie uzyskanie w takiej formie i formacie będzie możliwe, a w przeciwnym razie, w nadającej się do odczytu formie i formacie elektronicznym, zgodnie z tym, co zostanie wspólnie ustalone.

Rozumiem, że jeśli wnioskuję o zapoznanie się na miejscu z informacjami dotyczącymi mojego zdrowia, odpowiedni dział zarządzania informacjami dotyczącymi zdrowia odpowiada za zorganizowanie takiego zapoznania się w uzasadniony sposób i w odpowiednim terminie.

Rozumiem, że jeśli wnioskuję o uzyskanie kopii informacji dotyczących mojego zdrowia, może się z tym wiązać obciążenie mnie uzasadnioną opłatą wynikającą z kosztów takiego żądania, oraz że przed obciążeniem opłatą otrzymam informację o przewidywanej wysokości wszelkich opłat. Rozumiem również, że brak możliwości pokrycia przeze mnie kosztów nie może zostać uznany za wyłączny powód odmowy uzyskania dostępu do informacji dotyczących mojego zdrowia.

PODPIS PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA: _____

DATA / GODZINA: _____

W PRZYPADKU, GDY OSOBĄ PODPISUJĄCĄ NIE JEST PACJENT, WPISAĆ IMIĘ, NAZWISKO, ADRES I NUMER TELEFONU PRZEDSTAWICIELA: _____

RELACJA / UPOWAŻNIENIE DO DZIAŁANIA W IMIENIU PACJENTA

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____



Request for Access to Health Information

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals will use this form to document your request for access to your health information.

Access Requested: Copies Onsite Inspection

Format Requested: Paper CD Email Other: _____

Method of Release:

Pickup/In Person E-mail to: _____

Mail to: _____

INFORMATION BELOW IS REQUIRED FOR ALL REQUESTS

Information to be Accessed:

Health Information (date(s)) _____ Radiology Reports (date(s)) _____

Laboratory Test Results (date(s)) _____ Progress Notes (date(s)) _____

Billing Records (date(s)): _____ My complete medical record

Other (please specify): _____

The following information will not be released unless you specifically select each applicable type below:

Substance Use Disorder Information Mental Health Information

Genetic Testing Information HIV-Related Information

I understand that I have the right to access my health information in the form and format requested if readily producible in such form and format, and that if NYC Health + Hospitals cannot readily produce such health information in the form and format requested, I will be provided a readable hard copy form or such other form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request an electronic copy of my health information, it will be provided to me if readily producible in such form and format, or if not, in a readable electronic form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request on-site inspection of my health information that the respective Health Information Management Department is responsible for coordinating such inspection in a reasonable and timely fashion.

I understand that if I request copies of my health information, I may be charged a reasonable cost-based fee for such request and that any fee estimates will be provided to me prior to being charged. I also understand that my inability to pay may not be used as the sole reason to deny a request to access my health information.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

DATE/TIME: _____

IF NOT PATIENT, PRINT NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

RELATIONSHIP/AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT: _____

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____