

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ	ФИО пациента "С" №

	Пол Дата рождения

Название учреждения	Отделение/Палата/Койка №.

Настоящее Разрешение заполняется пациентом или его/ее личным представителем с целью разрешить использование/выдачу защищенной информации о состоянии здоровья в соответствии с федеральными и штатными законами и правовыми нормами. Информация может быть раскрыта на основании данного Разрешения поименованным в этом документе сторонам, если они сумели доказать, что данные сведения им необходимы и что предполагается, на разумных основаниях, что раскрытие сведений не причинит пациенту или другому лицу ущерб. Отдельное разрешение требуется для использования или раскрытия информации о ВИЧ.

ЧАСТЬ 1: Разрешение на выдачу информации

Описание подлежащих использованию/огласке сведений:

С какой целью запрашивается и для чего нужна информация:

1. Эта информация запрашивается:

- Пациентом или его /ее личным представителем; или
- Другое (пожалуйста, изложите) _____

2. С какой целью выдается информация (пожалуйста, изложите):

<p>От: Имя, адрес и должность лица, название, адрес и статус организации / учреждения/ программы, выдающей(его) информацию</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Кому: Имя, адрес и должность лица, название, адрес и статус организации / учреждения/ программы, которой(му) выдается информация</p> <p><i>ПРИМЕЧАНИЕ: В случае, если идентичные сведения раскрываются для нескольких сторон с одной и той же целью и в течение одного периода времени – действие настоящего Разрешения распространяется на все перечисленные здесь стороны.</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

А. Настоящим я разрешаю использовать или раскрыть вышеуказанные сведения вышепоименованному лицу/ организации/ учреждению/программе(ам). Я осознаю что:

1. Только данные сведения могут быть использованы и/или преданы огласке на основании настоящего Разрешения.
2. Данная информация является конфиденциальной и по закону не может разглашаться без моего разрешения.
3. Если данные сведения раскрыты кому-либо, кто не связан обязательствами соблюдения федеральных норм защиты частной информации, в таком случае они могут стать известны кому-либо еще и более не будут являться защищенными.
4. Я имею право аннулировать (отозвать) настоящее Разрешение в любой момент. Аннулирование должно быть оформлено в письменном виде на бланке, предоставленном мне (*впишите название учреждения /программы*) _____
Я осведомлен(а), что аннулирование не имеет силы, если лица, которым я разрешил(а) использовать и/или раскрывать защищенные сведения о своем состоянии здоровья, действовали в рамках настоящего Разрешения.
5. Я не обязан(а) подписывать настоящее Разрешение, и мой отказ его подписать не отразится ни на возможности получить медицинскую помощь в учреждениях, находящихся в ведомстве Отдела охраны психического здоровья штата Нью-Йорк, ни на моем праве на получение пособий.
6. Я имею право проверять и копировать свою собственную личную защищенную информацию о состоянии здоровья, которая будет использована и /или разглашена (в соответствии с требованиями федеральных норм защиты частной информации, установленных на основании 45 CFR §164.524).

Б-1. Однократное использование/выдача: Разрешаю вышеуказанным лицу/ организации/ учреждению/ программе однократно использовать или предать огласке вышеуказанные сведения.

Срок действия моего Разрешения истекает:

- сразу после того, как информация была выдана
- Через 90 дней после даты подписания данного Разрешения;
- Другое _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Название учреждения/организации	ФИО пациента	"С"/Id. №
<p>Б-2. Многократное использование/выдача: Разрешаю вышеуказанным лицу/ организации/ учреждению/ программе периодически использовать/предавать огласке вышеуказанные сведения по мере необходимости для достижения вышеуказанной цели.</p> <p>Срок действия моего Разрешения истекает:</p> <input type="checkbox"/> Когда я перестану пользоваться услугами (<i>впишите название учреждения /программы</i>) _____ ; <input type="checkbox"/> Через год после даты подписания данного Разрешения; <input type="checkbox"/> Другое _____		
<p>В. Подпись пациента: Я подтверждаю, что настоящим даю разрешение на использование информации о моем состоянии здоровья, как это предусмотрено настоящим документом.</p> <p>_____ Подпись пациента или личного представителя</p> <p>_____ Дата</p> <p>_____ ФИО пациента (печатными буквами)</p> <p>_____ ФИО личного представителя (печатными буквами)</p> <p>_____ Описание полномочий личного представителя, наделяющих его правом действовать от имени пациента (<i>требуется в случае, если личный представитель подписывает Разрешение</i>)</p>		
<p>Г. Заявление удостоверителя/подпись: Я был свидетелем оформления настоящего Разрешения и заявляю, что пациенту и/или личному представителю пациента вручили копию подписанного Разрешения.</p> <p>ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНО: _____ ФИО и должность штатного сотрудника</p> <p>Разрешение вручено: _____</p> <p>Дата: _____</p>		
<p>Заполняется учреждением:</p> <p>_____ Подпись штатного сотрудника, использующего/выдающего информацию</p> <p>_____ Должность</p> <p>_____ Дата выдачи</p>		
<p>ЧАСТЬ 2: Аннулирование разрешения на разглашение информации</p>		
<p>Настоящим я аннулирую свое разрешение на использование/разглашение указанных в Части 1 сведений, предоставленных лицу/организации/учреждению/программе, именуемому(именуемой) и расположенным (расположенной) по адресу:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Настоящим я отказываюсь санкционировать использование /разглашение указанных в Части 1 сведений лицом/ организацией/ учреждением/программой, именуемому(именуемой), и расположенным (расположенной) по адресу:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>_____ Подпись пациента или личного представителя</p> <p>_____ Дата</p> <p>_____ ФИО пациента (печатными буквами)</p> <p>_____ ФИО личного представителя (печатными буквами)</p> <p>_____ Описание полномочий личного представителя, наделяющих его правом действовать от имени пациента (<i>требуется в случае, если личный представитель подписывает Разрешение</i>)</p>		