

PROSBA O WYDANIE KOPII HISTORII CHOROBY



COOK COUNTY
HEALTH

Prośba o wydanie kopii historii choroby. Prosimy o dokładne wypełnienie formularza, żebyśmy mogli niezwłocznie spełnić Państwa oczekiwania.

Nazwisko		Imię		Drugie imię			
Data urodze	Dzień	Rok	Dzisiejsza data	Miesiąc	Dzień	Rok	
Adres		Miasto	Stan	Kod pocztowy	Telefon		

WYMAGANE INFORMACJE Upoważniam System Opieki Zdrowotnej i Szpitali Powiatu Cook do użycia lub ujawnienia wymienionych poniżej danych w okresie ważności danego upoważnienia. **Proszę zaznaczyć wszystkie punkty mające zastosowanie.**

☐ Wizyty w poradniach (nazwa poradni) _____ ☐ Karta leczenia dentystycznego ☐ Raport z pogotowia ☐ Chirurgia (raport z operacji, wyniki badań histopatologicznych) ☐ Streszczenie, włączając hospitalizację (przebieg choroby i badania, konsultacje, leczenie chirurgiczne, wypis)	☐ Kompletna historia choroby ☐ Rachunki ☐ Wyniki badań radiologicznych ☐ Wyniki badań laboratoryjnych ☐ Przebieg terapii (proszę wyszczególnić) _____ ☐ Inne (proszę wyszczególnić) _____	Diagnostyka obrazowa ☐ Ogólna ☐ Tomografia komputerowa ☐ Rezonans magnetyczny ☐ USG ☐ Angiogram ☐ Medycyna nuklearna ☐ Scyntygrafia kości
--	--	--

☐ Zapis w aktach apteki

Dotyczące następujących dni leczenia: ☐ Konkretna data: _____ ☐ Wszystkie dni

Z następujących miejsc: (Proszę zaznaczyć wszystkie punkty mające zastosowanie)

☐ Szpital Powiatu Cook im. John'a H. Stroger'a, Jr'a ☐ Szpital Oak Forest ☐ Szpital Provident ☐ Ośrodek CORE im. Ruth M. Rothstein	☐ Wydział zdrowia Publicznego Powiatu Cook ☐ Przychodnie ambulatoryjne Publicznego Systemu Opieki Zdrowotnej ☐ Przychodnia Fantus ☐ Przychodnia Sengstacke ☐ Inne: _____	Przychodnia Cermak powiatu Cook ☐ Więzienie powiatu Cook ☐ Tymczasowy areszt dla nieletnich
---	---	--

ODBIORCA. Szczegóły odbioru – do rąk pacjenta/inny osobom, instytucjom (np. firmie ubezpieczeniowej, szkole, lekarzowi)

Sposób dostarczenia ☐ Odbiór osobisty ☐ Inne (proszę wyszczególnić)
☐ Poczta

Wysłać do – Imię i nazwisko

Adres	Miasto	Stan	Kod pocztowy	Telefon
-------	--------	------	--------------	---------

Kopia dokumentów na użytek: ☐ Osobisty ☐ Udostępnienia personelowi medycznemu ☐ Inne (proszę wyszczególnić)

OKRES WAŻNOŚCI. Jeżeli nie zostanie zaznaczona żadna z poniższych opcji, upoważnienie posiada ważność do chwili osiągnięcia określonego celu.
☐ Od daty podpisu do: _____
☐ Do wystąpienia następującego zdarzenia: _____
☐ Inne (proszę wyszczególnić): _____

UWAGA: W przypadku historii choroby psychicznej musi zostać wyznaczona data wygaśnięcia upoważnienia – opcja „na czas nieograniczony” nie może być zastosowana.

Plate: Black



* 2 8 5 0 0 0 0 1 8 2 *

PROSBA O WYDANIE KOPII HISTORII CHOROBY



COOK COUNTY
HEALTH

Nazwisko	Imię	Drugie imię
WYSZCZEGÓLNIENIE. Informacje nie zostaną wydane, jeżeli poniższa część formularza nie zostanie wypełniona.		
Prosimy o zaznaczenie jednej lub wszystkich opcji wymienionych poniżej, aby wyrazić swoją zgodę na na użycie lub ujawnienie informacji wyszczególnionych obok korespondujących krótkich. Informacje dotyczące: D choroby psychicznej lub zaburzeń rozwojowych D Informacje na temat testów na HIV/AIDS lub leczenia (włączając informację, że dany test został zlecony, wykonany czy zgłoszony, bez względu na to, czy wynik był dodatni czy ujemny) D Informacje dotyczące chorób zakaźnych D Informacje dotyczące chorób przenoszonych drogą płciową D Informacje dotyczące uzależnień (np. alkoholizm, narkomania) D Informacje dotyczące napaści na tle seksualnym D Informacje dotyczące zaniedbań oraz psychicznego lub fizycznego znęcania się nad dzieckiem D Informacje dotyczące testów genetycznych D Informacje dotyczące sztucznego zapłodnienia D przebiegu psychoterapii (nie będące częścią oficjalnej historii choroby) D Wszystkie z powyższych (zaznaczając tą kratkę, oświadczam, że zapoznałem się z powyższą listą i wyrażam swoją zgodę na użycie i ujawnienie moich poufnych danych medycznych w sposób określony przez tą deklarację)		
Rozumiem, że w każdej chwili, mam prawo do wycofania swego upoważnienia poprzez pisemne zawiadomienie CCH. Rozumiem też, że wycofanie upoważnienia nie wpłynie na żadne postępowanie podjęte przez CCH przed otrzymaniem odwołania. Rozumiem, że mogę odmówić podpisania poniższego upoważnienia i że moja odmowa nie wpłynie na moje leczenie, płatności, starania o ubezpieczenie czy kwalifikacje wymagane do otrzymania świadczeń. Rozumiem, że, mam prawo do do wglądu i kopii jakichkolwiek informacji użytych/ujawnionych na podstawie tego upoważnienia. Rozumiem, że w momencie, gdy moje poufne dane medyczne zostaną ujawnione upoważnionemu podmiotowi, CCH nie może gwarantować, że przekazane informacje nie zostaną ujawnione przez owe podmioty osobom trzecim lub w przypadku żądania na mocy prawa. Osoby trzecie mogą nie być związane warunkami niniejszego upoważnienia ani prawem ochrony danych osobowych. Rozumiem, że CCH może wymagać podpisania upoważnienia przed podjęciem leczenia badającego częścią badań naukowych lub leczenia wyłącznie dla stworzenia danych medycznych na potrzeby stron trzecich i że CCH nie zaoferuje leczenia badającego częścią badań naukowych jeżeli nie podpiszę tego upoważnienia. Przeczytałem/am i rozumiem warunki tego upoważnienia, możliwość zadania pytań dotyczących użycia i ujawnienia informacji medycznych. Niniejszym upoważniam CCH (System Opieki Zdrowotnej i Szpitali Powiatu Cook) do użycia i ujawnienia moich poufnych danych medycznych w sposób określony przez tę deklarację.		
Podpis pacjenta		data
Do użycia przez osoby reprezentujące pacjenta		
Imię i nazwisko przedstawiciela		Stopień pokrewieństwa/relacji z pacjentem
Niniejszym oświadczam, że posiadam prawo złożenia powyższego oświadczenia w imieniu osoby wymienionej powyżej		
Podpis osoby reprezentującej pacjenta		Data

Plate: Black

