

PROSBA O WYDANIE KOPII HISTORII CHOROBY



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
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.**

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

Zapis w aktach apteki

Dotyczące następujących dni leczenia: Konkretna data: _____ Wszystkie dni

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

<input type="checkbox"/> Szpital Powiatu Cook im. John'a H. Stroger'a, Jr'a <input type="checkbox"/> Szpital Oak Forest <input type="checkbox"/> Szpital Provident <input type="checkbox"/> Ośrodek CORE im. Ruth M. Rothstein	<input type="checkbox"/> Wydział zdrowia Publicznego Powiatu Cook <input type="checkbox"/> Przychodnie ambulatoryjne Publicznego Sytemu Opieki Zdrowotnej <input type="checkbox"/> Przychodnia Fantus <input type="checkbox"/> Przychodnia Sengstacke <input type="checkbox"/> Inne: _____	Przychodnia Cermak powiatu Cook <input type="checkbox"/> Więzienie powiatu Cook <input type="checkbox"/> 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.



PROSBA O WYDANIE KOPII HISTORII CHOROBY



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 kratek.

Informacje dotyczące:

- choroby psychicznej lub zaburzeń rozwojowych
- 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)
- Informacje dotyczące chorób zakaźnych
- Informacje dotyczące chorób przenoszonych drogą płciową
- Informacje dotyczące uzależnień (np. alkoholizm, narkomania)
- Informacje dotyczące napaści na tle seksualnym
- Informacje dotyczące zaniedbań oraz psychicznego lub fizycznego znęcania się nad dzieckiem
- Informacje dotyczące testów genetycznych
- Informacje dotyczące sztucznego zapłodnienia
- przebiegu psychoterapii (nie będące częścią oficjalnej historii choroby)
- 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 CCHHS. Rozumiem też, że wycofanie upoważnienia nie wpłynie za żadne postępowanie podjęte przez CCHHS 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, CCHHS 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 CCHHS może wymagać podpisania upoważnienia przed podjęciem leczenia badającego częścią badań naukowych lub leczenia wyłącznie dla stworzenia danych medycznych na potrzeby stron trzecich i że CCHHS 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 CCHHS (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
<i>Niniejszym oświadczam, że posiadam prawo złożenia powyższego oświadczenia w imieniu osoby wymienionej powyżej</i>	
Podpis osoby reprezentującej pacjenta	Data

