



Formularz Wniosku o Wykaz Ujawnień

Użyj tego formularza, aby zwrócić się do CCH o przekazanie wykazu określonych ujawnień Twoich Chronionych Informacji Zdrowotnych (Protected Health Information, PHI), dokonanych przez CCH lub w jego imieniu w określonym przedziale czasu.

Aby umożliwić CCH szybkie i prawidłowe rozpatrzenie Twojego Wniosku o Wykaz Ujawnień, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza w całości.

<u>Nazwisko</u>			<u>Imię</u>		<u>Drugie imię</u>		
Data urodzenia	Miesiąc	Dzień	Rok	Data dzisiejsza	Miesiąc	Dzień	Rok
Adres			Miasto	Stan	Kod pocztowy	Telefon	
OKRES OBJĘTY WYKAZEM UJAWNIENI Prosimy określić daty, pomiędzy którymi CCH ma sporządzić wykaz ujawnień Twoich PHI. UWAGA: nie mamy obowiązku uwzględniania ujawnień dokonanych przed 14 kwietnia 2003 r. ani wcześniejszych niż 6 lat przed dniem dzisiejszym.			DATA POCZĄTKOWA:				
			DATA KOŃCOWA:				
WNIOSKOWANE OGRANICZENIA ZAKRESU WYKAZU Prosimy określić, czy chcesz, aby CCH ograniczyło wykaz do określonych rodzajów ujawnień.							
Podpis osoby				Data			
DLA OSOBISTYCH PRZEDSTAWICIELI OSOBY							
Imię i nazwisko przedstawiciela osobistego				Relacja z osobą			
<i>Niniejszym oświadczam, że zgodnie z obowiązującym prawem posiadam uprawnienia do złożenia niniejszego wniosku w imieniu wskazanej powyżej osoby.</i>							
Podpis przedstawiciela osobistego				Data			
Prosimy odesłać niniejszy formularz na poniższy adres.				Ashley Huntington, JD, CHC Privacy Officer 1950 W. Polk Street, Suite 9217 Chicago, IL 60612			
Lub zadzwoń pod poniższy numer w razie pytań:							
1-877-476-1873							