

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ЛИЧНОЙ
ИНФОРМАЦИИ ОБ ИСТОРИИ ЛЕЧЕНИЯ
ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ/НАРКОТИКОВ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

Дата отзыва: _____ Инициалы сотрудника: _____

Фамилия пациента	Имя	Средний инициал
ДЕЛО №		
УЧРЕЖДЕНИЕ		ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ

ИНСТРУКЦИИ: КОПИЯ ФОРМЫ ВЫДАЕТСЯ ПАЦИЕНТУ. Сохраните оригинал данного документа.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА РАСКРЫТИЕ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

ОБЪЕМ И ВИД РАСКРЫВАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я, _____, настоящим разрешаю _____, Управлению по алкогольной и наркотической зависимости штата Нью-Йорк, Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк, Управлению государственного страхования штата Нью-Йорк, Генеральному прокурору штата Нью-Йорк и моей страховой компании раскрывать и обмениваться между собой информацией, касающейся страховых счетов, льгот и компенсаций, в том числе клиническими данными, связанными со страховыми счетами, льготами и компенсациями, относительно услуг, полученных в данной программе.

ЦЕЛЬ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ

Разрешить Управлению по алкогольной и наркотической зависимости штата Нью-Йорк, Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк, Управлению государственного страхования штата Нью-Йорк, Генеральному прокурору штата Нью-Йорк оказать помощь мне и медицинскому персоналу, занимающемуся моим лечением, в получении доступа к страховым льготам и компенсациям за предоставленные услуги.

Я, нижеподписавшийся, прочитал(а) написанное выше, и даю разрешение сотрудникам _____, Управления по алкогольной и наркотической зависимости штата Нью-Йорк, Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк, Управления государственного страхования штата Нью-Йорк, Генеральной прокуратуры штата Нью-Йорк и моей страховой компании раскрывать и получать информацию, указанную в данном документе. Я понимаю, что данное согласие может быть в любое время отозвано мною в письменной форме, за исключением случаев, когда действия в связи с ним уже были совершены, а также, что в любом случае срок действия данного согласия автоматически закончится при следующих обстоятельствах:

_____ После решения всех вопросов, касающихся счетов, льгот и компенсаций, или

_____ (Укажите иное условие, при котором согласие может быть отозвано и/или срок его действия истечет)

Я также понимаю, что раскрытие/передача любой личной информации, определяется разделом 42 Свода федеральных правил, регулирующих конфиденциальность записей пациентов о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 года (HIPAA), и статьей 45 Свода федеральных правил, части 160 и 164; и что повторное раскрытие этой информации другим лицам, кроме указанных выше, без дополнительного письменного разрешения с моей стороны запрещено законом.

ПРИМЕЧАНИЕ. К любой информации, раскрытой согласно данному документу, будет прилагаться форма «Запрет на повторное раскрытие информации о злоупотреблении алкоголем/наркотиками»

Также я понимаю, что предоставление мне лечения не зависит от подписания мною данного согласия. Я получил(а) копию данной формы, что подтверждает моя подпись в конце документа.

(Подпись пациента)

(Подпись родителя/опекуна, если необходимо)

(Имя и фамилия пациента печатными буквами)

(Имя родителя/опекуна печатными буквами)

(Дата)

(Дата)

Указать основание для подписи от имени пациента _____