

**ZGODA NA UDOSTĘPNIANIE DANYCH
DOTYCZĄCYCH OSOBY UZALEŻNIONEJ OD
SUBSTANCJI ODURZAJĄCYCH**

NAZWISKO PACJENTA	IMIĘ	INICJAŁ.
NR SPRAWY		
PLACÓWKA	JEDNOSTKA	

INSTRUKCJE: KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA NALEŻY PRZEKAZAĆ PACJENTOWI Sporządzić jedną (1) kopię do dokumentacji pacjenta. Jeżeli formularz ten jest wykorzystywany na potrzeby rozliczeń, należy sporządzić dodatkową kopię dla Agenta ds. Zasobów i Zwrotu Kosztów. W przypadku przesłania tego formularza do innej agencji z wnioskiem o udostępnienie danych, należy sporządzić dodatkową kopię do dokumentacji medycznej pacjenta.

**[UJAWNIEŃ] / [UDOSTĘPNIENIE] ZA ZGODĄ
PACJENTA**

ZAKRES LUB CHARAKTER UJAWNIANYCH/UDOSTĘPNIANYCH DANYCH (ZAKREŚLIĆ)	
CEL LUB POTRZEBA UJAWNIENIA/UDOSTĘPNIENIA (ZAKREŚLIĆ)	
IMIĘ I NAZWISKO LUB STANOWISKO OSOBY, LUB NAZWA ORGANIZACJI UJAWNIAJĄCEJ/UDOSTĘPNIAJĄCEJ DANE	IMIĘ I NAZWISKO LUB STANOWISKO OSOBY LUB NAZWA ORGANIZACJI, KTÓREJ ZOSTAJĄ UJAWNIONE/UDOSTĘPNIONE DANE
Pomiędzy:	a:

Ja, niżej podpisany(-a), zapoznawszy się z powyższą treścią, upoważniam personel ujawniającej/udostępniającej placówki wskazanej powyżej do ujawnienia/udostępnienia określonych w treści niniejszego dokumentu danych. Rozumiem, iż udzieloną zgodę mogę w dowolnym momencie wycofać na piśmie, a wycofanie to nie dotyczy czynności już przeprowadzonych na podstawie tego dokumentu. Niniejsza zgoda utraci ważność po upływie sześciu (6) miesięcy od daty podpisania, chyba że określono poniżej inny okres, zdarzenie lub warunek, w którym to wypadku obowiązywać będzie wskazany okres, zdarzenie lub warunek. Rozumiem również, iż wszelkie przypadki ujawnienia/udostępnienia danych podlegają przepisom Tytułu 42 Kodeksu przepisów federalnych dotyczących poufności dokumentacji pacjenta w odniesieniu do osób uzależnionych od substancji odurzających oraz przepisom Ustawy o przenośności i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 45 C.F.R. pkt 160 i 164, oraz że ponowne ujawnienie tych informacji osobom innym, niż wskazane powyżej bez mojego dodatkowego, pisemnego upoważnienia, jest zabronione.

Okres, zdarzenie lub warunek zastępujący okres wskazany powyżej: _____

UWAGA: Do wszelkich informacji udostępnionych na podstawie niniejszego formularza będzie dołączony formularz Zakazu ponownego ujawniania danych dotyczących osoby uzależnionej od substancji odurzających (TRS-1).

Rozumiem, że generalnie program nie może uzależniać mojego leczenia od tego, czy podpiszę niniejszy formularz, jednak w niektórych okolicznościach mogę otrzymać odmowę leczenia, jeżeli tego formularza nie podpiszę. Składając własnoręczny podpis poniżej potwierdzam otrzymanie kopii niniejszego formularza.

(Podpis pacjenta)

(Podpis rodzica/opiekuna, jeżeli jest wymagany)

(Imię i nazwisko drukiem)

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukiem)

(Data)

(Data)