

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIANIA I WYMIANY INFORMACJI DOTYCZĄCYCH  
BEHAVIORALNEGO STANU ZDROWIA

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Nr identyfikacyjny pacjenta
Adres pacjenta		

Ja lub upoważniona przeze mnie osoba, proszę o udostępnienie i wymianę informacji dotyczących mojego leczenia i opieki zdrowotnej, stosownie do treści niniejszego dokumentu. Rozumiem, że:

- Niniejsze upoważnienie może uwzględniać ujawnienie wszystkich moich informacji zdrowotnych, w tym, jeżeli dotyczy, wszelkich informacji związanych z LECZENIEM Z UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I NARKOTYKÓW, LECZENIEM ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH, w tym DOKUMENTACJI KLINICZNEJ\*, GENETYCZNEJ, PLANOWANIA RODZINY oraz informacji ZWIĄZANYCH Z HIV/AIDS. W przypadku, gdy określone poniżej informacje zawierać będą jeden z powyższych rodzajów informacji, niniejszym w szczególności upoważniam do ujawnienia takich informacji jednostkom wskazanym w pt. 6.
- Z nielicznymi wyjątkami, udzielone informacje zdrowotne mogą zostać ponownie ujawnione przez ich odbiorcę. Upoważniam do ujawnienia informacji dotyczących HIV/AIDS, leczenia z uzależnienia od alkoholu lub narkotyków oraz informacji dotyczących leczenia zaburzeń psychicznych, w tym dokumentacji klinicznej\*, genetycznej i/lub planowania rodziny, a jednostka otrzymująca nie ma prawa do ponownego ujawniania tych informacji ani wykorzystywania ujawnionych informacji w jakimkolwiek innym celu niż cel wskazany w niniejszym upoważnieniu bez uzyskania na to mojej uprzedniej zgody, chyba że jest to dozwolone na mocy przepisów prawa federalnego lub stanowego. Jeżeli ujawnienie lub udostępnienie informacji dotyczących HIV/AIDS spowoduje, że stanę się ofiarą prześladowania, mogę skontaktować się z Nowojorskim Departamentem ds. Praw Człowieka dzwoniąc pod numer 1-888-392-3644. Agencja ta jest odpowiedzialna za ochronę moich praw. Agencja te jest odpowiedzialna za ochronę moich praw.
- Mam prawo do odwołania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie w formie pisma skierowanego do świadczeniodawcy wymienionego w pt. 5. Rozumiem, że udzielone upoważnienie mogę wycofać, przy czym wycofanie to nie dotyczy czynności już przeprowadzonych na podstawie tego upoważnienia.
- Niniejsze upoważnienie podpisuję dobrowolnie. Rozumiem, iż ogólnie pojęty dostęp do usług nie jest uzależniony od podpisania przeze mnie upoważnienia do udostępnienia ww. informacji. Rozumiem również, iż w niektórych okolicznościach brak takiego upoważnienia może spowodować odmowę leczenia.

5. Nazwa i adres świadczeniodawcy lub jednostki, której udzielam zgody na ujawnienie i wymianę informacji:  Office of Addiction Services and Supports, 1450 Western Ave, Albany, NY 12203	
6. Nazwa i adres świadczeniodawcy(-ów) udostępniających i uczestniczących w wymianie informacji:  Upoważniam niżej wymienionego(-ych) świadczeniodawcę(-ów) do wprowadzenia moich danych zdrowotnych do spełniającego wymogi HIPAA serwisu ankietowego SurveyMonkey dostępnego ww. jednostce, (Biuro ds. Usług i Wsparcia w Zakresie Uzależnień, ang. Office of Addiction Services and Supports). Aby umożliwić ocenę poziomu otrzymanych przeze mnie usług, wyrażam również zgodę na wszelką niezbędną komunikację pomiędzy Biurem ds. Usług i Wsparcia w Zakresie Uzależnień, a poniższym(i) świadczeniodawcą(-ami) dotyczącą historii leczenia z uzależnienia od alkoholu i/lub narkotyków, aktualnej oraz proponowanej terapii leczniczej.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nazwa i adres świadczeniodawcy: _____</li> <li>Dodatkowe nazwy i adresy świadczeniodawców: _____</li> </ul>	
7. Celem niniejszego ujawnienia jest umożliwienie upoważnionym jednostkom komunikowanie się z Biurem ds. Usług i Wsparcia w Zakresie Uzależnień na potrzeby sprawozdawczości.	
8. Informacje dotyczące mojego stanu zdrowia mogą być ujawniane i wymieniane przez okres dwóch (2) lat od daty ostatniej usługi, chyba że upoważnienie zostanie wcześniej wycofane.	
9. Imię i nazwisko osoby podpisującej formularz, jeżeli nie jest to pacjent	10. Upoważnienie do podpisania w imieniu pacjenta:

Wszystkie części tego formularza zostały wypełnione, otrzymałem(-am) odpowiedzi na pytania dotyczące tego formularza i otrzymałem(-am) jego kopię.

\_\_\_\_\_  
PODPIS PACJENTA

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO

\_\_\_\_\_  
DATA

Niniejszy formularz został zatwierdzony przez Biuro ds. Usług i Wsparcia w Zakresie Uzależnień Stanu Nowy Jork jako zezwolenie na udostępnienie informacji zdrowotnych. Niniejszy formularz nie wymaga jednak od świadczeniodawców udostępnienia informacji zdrowotnych.

**Do informacji dotyczących leczenia z uzależnień od alkoholu/narkotyków lub poufnych informacji dotyczących HIV udostępnionych na podstawie tego formularza muszą być dołączone oświadczenia dotyczące zakazu ponownego ujawniania.**

\*Uwaga: Informacje pochodzące z dokumentacji klinicznej dotyczącej leczenia zaburzeń psychicznych mogą zostać ujawnione na podstawie niniejszego upoważnienia wymienionym w niniejszym upoważnieniu stronom, którym są one w uzasadniony sposób potrzebne, pod warunkiem iż takie ujawnienie nie będzie ze szkodą dla pacjenta ani jakiegokolwiek inne osoby.