BIURO DS. USŁUG I WSPARCIA W ZAKRESIE UZALEŻNIEŃ W STANIE NOWY JORK
(NEW YORK STATE OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS)

WNIOSEK O WGLĄD W DOKUMENTACJĘ KLINICZNĄ LUB UZYSKANIE JEJ KOPII

PATIENT'S LAST NAME ,	FIRST	M.I.
CASE NO.		
FACILITY	UNIT	

INSTRUKCJE:	Aby uzyskać wgląd w dokumentację medyczną lub uzyskanie jej kopii, należy wypełnić niniejszy formularz i odesłać go do doradcy. Informacje zostaną udostępnione w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku.

UJAWNIENIE INFORMACJI ZA ZGODĄ PACJENTA

ZAKRES I CHARAKTER INFORMACJI, KTÓRYCH DOTYCZY WNIOSEK O UZYSKANIE WGLĄDU/KOPII
CEL LUB POTRZEBA INFORMACJI
ADRES, NA KTÓRY NALEŻY WYSŁAĆ ŻĄDANE INFORMACJE
NAZWISKO LUB TYTUŁ OSOBY LUB ORGANIZACJI UJAWNIAJĄCEJ INFORMACJE OD:

Ja, niżej podpisany(-a), wystąpiłem(-am) z pisemnym wnioskiem o udostępnienie mi powyższych informacji z mojej dokumentacji medycznej. Rozumiem, że aby uzyskać te informacje, muszę złożyć niniejszy pisemny wniosek i że informacje te zostaną mi udostępnione w ciągu 30 dni od złożenia wniosku.

Rozumiem też, że jakiekolwiek ujawnienie jest ograniczone postanowieniami Tytułu 42 Kodeksu Przepisów Federalnych (Title 42 of the Code of Federal Regulations), który reguluje poufność dokumentacji medycznej związanej z nadużywaniem przez pacjenta alkoholu i narkotyków, oraz ustawy o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 45 Kodeksu Przepisów Federalnych (Code of Federal Regulations, C.F.R.) części 160 i 164. Rozumiem również, że ponowne ujawnienie tych informacji innym podmiotom jest zabronione bez dodatkowego pisemnego upoważnienia z mojej strony.

UWAGA:	**OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK ZOSTANIE OBCIĄŻONA OPŁATĄ ZA KOPIOWANIE MATERIAŁÓW. TA OPŁATA WYNOSI 0,05 USD ZA STRONĘ**

_____ _____

(Podpis pacjenta) (Podpis rodzica/opiekuna, jeśli jest wymagany)

_____ _____

(Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami) (Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukowanymi literami)

_____ _____

(Data) (Data)

Działanie placówki:

☐ Wniosek przyjęto.

☐ Wniosek odrzucono. Powód odrzucenia wniosku _____

_____

Dyrektor / zastępca dyrektora (Data)