Office of Addiction Services and Supports

Cofnięto dnia: _____ Inicjały pracownika: _____

Nazwisko pacjenta	Imię	Inicjał drugiego imienia
Numer sprawy		
Placówka	Wydział	

ZGODA NA UJAWNIENIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PACJENTA UZALEŻNIONEGO OD HAZARDU
OCENA LOCADTR

INSTRUKCJE: **NALEŻY PRZEKAZAĆ KOPIĘ FORMULARZA PACJENTOWI!** Należy przygotować jeden (1) egzemplarz akt sprawy pacjenta. Jeśli ten formularz ma być wysłany do innej instytucji z prośbą o informacje, należy przygotować dodatkową kopię do akt pacjenta.

ZGODA PACJENTA NA UJAWNIENIE I UZYSKANIE OSOBISTYCH INFORMACJI IDENTYFIKACYJNYCH

ZAKRES I CHARAKTER INFORMACJI, KTÓRE MAJĄ BYĆ UJAWNIONE LUB UZYSKANE:

Wszystkie informacje niezbędne do wypełnienia spersonalizowanej oceny poziomu opieki w ramach leczenia uzależnienia od hazardu „LOCADTR".

CEL LUB CHARAKTER UJAWNIENIA/WYDANIA ORAZ NAZWA ORGANIZACJI UJAWNIAJĄCYCH I OTRZYMUJĄCYCH DANE OSOBOWE:

Wyrażam zgodę na ujawnienie poufnych informacji między innymi Biurowi ds. usług i wsparcia w zakresie uzależnień w stanie Nowy Jork (New York State Office of Addiction Services and Supports, OASAS), certyfikowanej przez OASAS placówce leczniczej zidentyfikowanej powyżej oraz płatnikowi / Planowi Opieki _____dotyczącemu mojego leczenia klinicznego, w tym informacji z Systemu Danych Uzależnień od Hazardu OASAS (GDS) oraz mojego numeru ubezpieczenia społecznego.

Rozumiem, że ocena określająca poziom opieki będzie udostępniona tylko mnie, placówce leczniczej OASAS oraz płatnikowi / Planowi Opieki wskazanym powyżej, chyba że udzielę pisemnej zgody na udostępnienie informacji innym instytucjom, programom lub płatnikom.

Ponadto rozumiem, że oceniane mogą być nieosobiste informacje identyfikujące, aby można było ocenić skuteczność narzędzia oceny LOCADTR.

Ja, niżej podpisany(-a), przeczytałem(-am) powyższe informacje i upoważniam Biuro ds. usług i wsparcia w zakresie uzależnień w stanie Nowy Jork oraz personel wyżej wymienionej placówki leczniczej certyfikowanej przez OASAS do ujawnienia i uzyskania takich informacji, jak określono w niniejszym dokumencie.

Rozumiem, że mogę wycofać niniejszą zgodę na piśmie w dowolnym momencie, z wyjątkiem zakresu działań podjętych na jej podstawie. Niniejsze upoważnienie wygasa w ciągu sześciu (6) miesięcy od jego podpisania, chyba że poniżej określono inny okres, zdarzenie lub warunek, w którym to przypadku zastosowanie ma taki okres, zdarzenie lub warunek. Rozumiem też, że jakiekolwiek ujawnienie informacji umożliwiających identyfikację mojej osoby jest ograniczone postanowieniami ustawy o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) części 160 i 164 rozdziału 45 Kodeksu Przepisów Federalnych (Code of Federal Regulations, C.F.R.).

_____

_____

Rozumiem, że zasadniczo program nie może uzależniać mojego leczenia od tego, czy podpiszę formularz zgody, ale w pewnych ograniczonych okolicznościach może mi odmówić leczenia, jeśli nie podpiszę formularza zgody. Otrzymałem(-am) kopię niniejszego formularza.

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