



## ZGODA NA UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Zdarzają się chwile, kiedy inne osoby zaangażowane w opiekę nad Panem/Panią chciałyby omówić ją z Community Health Center, Inc. (CHC). Za pomocą tego formularza udzielana jest nam zgoda na rozmowę z tymi osobami. **Dla każdej osoby/organizacji, której udzielił(a) Pan/Pani zgody na udostępnienie informacji należy wypełnić jeden z tych formularzy. Niniejszą zgodę można odwołać w dowolnym momencie, powiadamiając o tym CHC na piśmie.**

Wyrażam zgodę CHC na udostępnianie informacji o moim stanie zdrowia wymienionej osobie/organizacji i w zakresie wskazanym poniżej. Niniejsza zgoda będzie obowiązywać do czasu jej pisemnego odwołania przeze mnie.

Imię i nazwisko osoby/nazwa organizacji (drukowanymi literami)	Adres	Nr telefonu kontaktowego	Pokrewieństwo

Rodzaj(e) informacji, do ujawniania których upoważniony jest CHC (**zaznaczyć wszystkie odpowiednie pola**):

Harmonogram spotkań i weryfikacja  Formularze/dokumentacja (odbiór, pytania dotyczące)

Pytania dotyczące rozliczeń/ubezpieczenia  Leki - uzupełnianie/dawkowanie/przyjmowanie

Opieka/plan opieki/leczenie  Pytania dotyczące wyników badań/skierowań

Opieka nad osobami zależnymi  Transport   
(przyprowadzanie osób zależnych na wizyty,  
planowanie wizyt, pytania dotyczące opieki)

Uwzględnić informacje dotyczące  Uwzględnić zaburzenia związane z używaniem   
zdrowia behawioralnego/psychicznego substancji

**Nie obejmuje to informacji dotyczących HIV/AIDS.** W przypadku pytań dotyczących udzielania informacji dotyczących opieki zdrowotnej prosimy o kontakt telefoniczny z biurem świadczeniodawcy lub rozmowę z jednym z naszych pracowników ds. obsługi pacjenta.

Świadczeniodawcy i personel CHC mają moje pozwolenie na: (proszę zaznaczyć wszystkie odpowiednie pola)

( ) Zostawianie wiadomości dla (imię i nazwisko osoby): \_\_\_\_\_

( ) Zostawianie wiadomości pod następującym(i) numerem(-ami) telefonu:

Domowy \_\_\_\_\_ Komórkowy \_\_\_\_\_ Do pracy \_\_\_\_\_

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Imię i nazwisko pacjenta lub opiekuna prawnego  
(drukowanymi literami)

Data

***Tylko do użytku służbowego***

Otrzymał(-a)/data:

Sporządził(-a)/data: