

FORMULARZ WYCOFANIA ZGODY INTERBORO RHIO

INFORMACJE O PACJENCIE	<i>Proszę pisać wyraźnie drukowanymi literami, po angielsku, i wypełnić wszystkie pola</i>		
Imię i nazwisko pacjenta (pierwsze i drugie imię oraz nazwisko)		Data urodzenia pacjenta	Płeć
<i>Obecny adres pacjenta</i>			
Ulica:		Miejscowość:	Stan: Kod pocztowy:
<i>Poprzedni adres pacjenta</i>			
Ulica:		Miejscowość:	Stan: Kod pocztowy:
Numer telefonu		Adres e-mail	

1. Podpisał(a) Pan(i) wcześniej „Formularz Zgody Interboro RHIO” upoważniający świadczeniodawcę medycznego (“HP”) do uzyskania dostępu do Pana(-i) informacji zdrowotnych za pośrednictwem Interboro RHIO. Chciałby(-aby) Pan(i) wycofać (anulować) swoją zgodę.
2. Proces wycofania zgody zostanie w pełni zakończony dopiero po zarejestrowaniu formularza Wycofania Zgody w systemie Interboro RHIO. Jeśli ma Pan(i) pytania dotyczące Formularza Wycofania Zgody, może się z Panem(-ią) skontaktować członek personelu Interboro RHIO.
3. Podpisując niniejszy Formularz Wycofania Zgody, NIE WYRAŻA Pan(i) ZGODY, aby następujący świadczeniodawca(-y) medyczny mógł uzyskać dostęp do Pana(i) informacji zdrowotnych za pośrednictwem Interboro RHIO w dowolnym celu, nawet w nagłej sytuacji medycznej:

INFORMACJE O ŚWIADCZENIODAWCY MEDYCZNYM	<i>Proszę pisać wyraźnie drukowanymi literami, po angielsku, i wypełnić wszystkie pola</i>
Nazwa Organizacji świadczeniodawcy medycznego, który NIE JEST JUŻ upoważniony do otrzymywania PANA(-I) informacji zdrowotnych za pośrednictwem Interboro RHIO (Na przykład nazwa szpitala lub gabinetu)	
Adres Organizacji świadczeniodawcy medycznego	

* Aby wycofać zgodę dla WSZYSTKICH świadczeniodawców medycznych uczestniczących w Interboro RHIO, proszę zaznaczyć „WSZYSCY” w powyższych polach

4. Zgoda Interboro RHIO dotyczy całej organizacji. Podpisując niniejszy Formularz Wycofania Zgody, NIE WYRAŻA Pan(i) ZGODY, aby którykolwiek świadczeniodawca medyczny wymienionej powyżej organizacji mógł uzyskać dostęp do Pana(i) informacji zdrowotnych za pośrednictwem Interboro RHIO, w dowolnym celu, nawet w nagłej sytuacji medycznej:
5. Niniejszy Formularz Wycofania Zgody odnosi się tylko do wymienionego wyżej świadczeniodawcy medycznego (o ile nie zaznaczono ‘WSZYSCY’) i nie ma zastosowania w stosunku do zgody wydanej innemu świadczeniodawcy uczestniczącemu w Interboro RHIO.
6. Wymieniony powyżej świadczeniodawca medyczny mógł uzyskać dostęp do Pana(-i) informacji zdrowotnych za pośrednictwem Interboro RHIO, w czasie obowiązywania Pana(-i) zgody i mógł skopiować lub zawrzeć Pana(-i) informacje w swojej dokumentacji medycznej. Mimo że zdecydował(a) się Pan(i) wycofać zgodę, wymieniony świadczeniodawca medyczny nie jest zobowiązany do zwrócenia tych informacji lub usunięcia ich ze swojej dokumentacji.

Chcę zmienić obecny status dotyczący zgody dla wymienionego powyżej świadczeniodawcy medycznego i NIE WYRAŻAM ZGODY, aby uzyskiwał on dostęp do moich elektronicznych informacji zdrowotnych za pośrednictwem Interboro RHIO w dowolnym celu, nawet w nagłej sytuacji medycznej.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta

Data

Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego pacjenta drukowanymi literami (jeśli to właściwe)

Stopień powiązania przedstawiciela prawnego z pacjentem (jeśli to właściwe)

INSTRUKCJE DOT. ODESŁANIA FORMULARZA: Proszę wydrukować, wypełnić i odesłać formularz do Interboro RHIO:

FAKSEM: 646-998-8060 | **lub POCZTĄ:** Interboro RHIO, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380