



**Запрос на предоставление доступа
к медицинским данным**

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals использует эту форму для документального оформления вашего запроса на предоставление доступа к вашим медицинским данным.

Запрашиваемый доступ: Копии Проверка по месту

Запрашиваемый формат: Бумажный носитель Диск (CD) Электронное письмо
 Другое: _____

Способ получения:

В собственные руки Электронное письмо на адрес: _____
 Отправка почтой по адресу: _____

ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ ЗАПРОСОВ

Запрашивается доступ к следующей информации:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Медицинские данные (дата(-ы)) _____ | <input type="checkbox"/> Результаты рентгенологических исследований (дата(-ы)) _____ |
| <input type="checkbox"/> Результаты лабораторных исследований (дата(-ы)) _____ | <input type="checkbox"/> Отметки о ходе лечения (дата(-ы)) _____ |
| <input type="checkbox"/> Платежные документы (дата(-ы)): _____ | <input type="checkbox"/> Моя полная медицинская карта |
| <input type="checkbox"/> Другое (указать): _____ | |

Следующая информация не подлежит раскрытию, кроме случаев, когда вы конкретно отметите каждый подходящий пункт из списка ниже:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Информация о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ | <input type="checkbox"/> Информация о состоянии психического здоровья |
| <input type="checkbox"/> Информация о генетическом тестировании | <input type="checkbox"/> Информация, связанная с ВИЧ |

До моего сведения доведено, что я имею право получить доступ к своим медицинским данным в запрашиваемой форме и формате, если такие данные доступны в данной форме и формате, а также то, что, если NYC Health + Hospitals не может оперативно предоставить медицинские данные в запрашиваемой форме и формате, мне будет предоставлена бумажная копия в доступном для чтения формате или данные в другой обоюдно согласованной форме и формате.

До моего сведения доведено, что в случае моего запроса на получение медицинских данных в электронном виде такие данные будут предоставлены в запрашиваемой форме и формате при возможности их оперативного предоставления. В противном случае медицинские данные будут предоставлены в доступной для чтения электронной форме и формате в соответствии с взаимными договоренностями.

До моего сведения доведено, что в случае моего запроса на проведение проверки медицинских данных по месту ответственность за надлежащее и своевременное проведение проверки несет Департамент по вопросам управления медицинскими данными.

До моего сведения доведено, что в случае моего запроса на получение копий моих медицинских данных с меня может взиматься обоснованная плата за обработку такого запроса и что до выставления соответствующего счета мне сообщат ориентировочную стоимость оказываемых услуг. До моего сведения также доведено, что отсутствие у меня возможности оплатить необходимую сумму не может быть использовано в качестве единственного основания для отказа в предоставлении мне доступа к собственным медицинским данным.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

ДАТА/ВРЕМЯ:

ЕСЛИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ НЕ ПАЦИЕНТОМ, УКАЖИТЕ ИМЯ, ФАМИЛИЮ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

ИНФОРМАЦИЯ О ТОМ, КЕМ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ/ПОЛНОМОЧИЯ ДЕЙСТВОВАТЬ ОТ ИМЕНИ ПАЦИЕНТА:

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____



Request for Access to Health Information

Patient Name: _____

DOB: ___/___/___

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals will use this form to document your request for access to your health information.

Access Requested: Copies Onsite Inspection

Format Requested: Paper CD Email Other: _____

Method of Release:

Pickup/In Person E-mail to: _____

Mail to: _____

INFORMATION BELOW IS REQUIRED FOR ALL REQUESTS

Information to be Accessed:

Health Information (date(s)) _____ Radiology Reports (date(s)) _____

Laboratory Test Results (date(s)) _____ Progress Notes (date(s)) _____

Billing Records (date(s)): _____ My complete medical record

Other (please specify): _____

The following information will not be released unless you specifically select each applicable type below:

Substance Use Disorder Information Mental Health Information

Genetic Testing Information HIV-Related Information

I understand that I have the right to access my health information in the form and format requested if readily producible in such form and format, and that if NYC Health + Hospitals cannot readily produce such health information in the form and format requested, I will be provided a readable hard copy form or such other form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request an electronic copy of my health information, it will be provided to me if readily producible in such form and format, or if not, in a readable electronic form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request on-site inspection of my health information that the respective Health Information Management Department is responsible for coordinating such inspection in a reasonable and timely fashion.

I understand that if I request copies of my health information, I may be charged a reasonable cost-based fee for such request and that any fee estimates will be provided to me prior to being charged. I also understand that my inability to pay may not be used as the sole reason to deny a request to access my health information.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

DATE/TIME: _____

IF NOT PATIENT, PRINT NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

RELATIONSHIP/AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT: _____

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____