



## Forma informacyjna

Proszę o wypełnienie tej formy

Data \_\_\_\_\_

### Informacje o pacjencie

Imię i Nazwisko Pacjenta \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data Urodzenia \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_ Płeć: M \_\_\_ K \_\_\_ Stan cywilny \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Telefon domowy \_\_\_\_\_ Telefon komorkowy \_\_\_\_\_

Miejsce pracy \_\_\_\_\_ Telefon do pracy \_\_\_\_\_

Adres pracy \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Kontakt (w razie potrzeby) Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Pokrewienstwo \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Nazwisko lekarza ogólnego \_\_\_\_\_ Kto polecił państwa to nas \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie \_\_\_\_\_ Drugie ubezpieczenie \_\_\_\_\_

### Informacje o ubezpieczeniu

Imię i Nazwisko osoby posiadającej ubezpieczenie \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Data Urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewienstwo \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Odpowiedzialność Finansowa

Imię i Nazwisko osoby odpowiedzialnej za koszty wizyty \_\_\_\_\_

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

Pokrewienstwo do pacjenta \_\_\_\_\_ Telefon domowy \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejsce zatrudnienia \_\_\_\_\_ Telefon do pracy \_\_\_\_\_



## Informacje o zdrowiu pacjenta

Dzisiejsza Data \_\_\_\_\_

Imie i Nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_ Data Urodzenia \_\_\_\_\_

**Zabiegi chirurgiczne i pobyty w szpitalu:** Nie dotyczy \_\_\_\_

Rok \_\_\_\_\_ Przyczyna \_\_\_\_\_  
Rok \_\_\_\_\_ Przyczyna \_\_\_\_\_  
Rok \_\_\_\_\_ Przyczyna \_\_\_\_\_

Dodatkowe informacje \_\_\_\_\_

**Problemy ze zdrowiem/ przebyte choroby:**

Problemy z sercem \_\_\_\_\_  
Wysokie ciśnienie \_\_\_\_\_  
Podwyższony cholesterol \_\_\_\_\_  
Zgaga \_\_\_\_\_  
Zatoki \_\_\_\_\_  
Uszy \_\_\_\_\_  
Migrena \_\_\_\_\_  
Nowotwory \_\_\_\_\_  
Depresja \_\_\_\_\_  
Nerwica/ataki paniki \_\_\_\_\_  
Bezdech senny \_\_\_\_\_  
Chrapanie \_\_\_\_\_  
Choroby tarczycy \_\_\_\_\_ Nadczynność \_\_\_\_\_  
Niedoczynność \_\_\_\_\_  
Alergie \_\_\_\_\_

Dodatkowe informacje: \_\_\_\_\_

**Problemy zdrowotne w rodzinie** \_\_\_\_\_

**Alergie na leki:** Tak\_\_ Nie\_\_

Lek \_\_\_\_\_ Reakcja \_\_\_\_\_  
Lek \_\_\_\_\_ Reakcja \_\_\_\_\_  
Lek \_\_\_\_\_ Reakcja \_\_\_\_\_

**Leki obecnie przyjmowane:**

Lek \_\_\_\_\_ Częstotliwość / Dawka \_\_\_\_\_  
Lek \_\_\_\_\_ Częstotliwość / Dawka \_\_\_\_\_  
Lek \_\_\_\_\_ Częstotliwość / Dawka \_\_\_\_\_  
Lek \_\_\_\_\_ Częstotliwość / Dawka \_\_\_\_\_

**Apteka/lokalizacja** \_\_\_\_\_

**Palenie tytoniu:** Tak\_\_ Ilość/dzień \_\_\_\_\_ Nie\_\_ W przeszłości\_\_ Jak długo/ rok rzucenia \_\_\_\_\_

**Picie alkoholu:** Tak\_\_ Ilość/jak często \_\_\_\_\_ Ostatni napój alkoholowy \_\_\_\_\_ Nie pije alkoholu \_\_\_\_\_

## **Pokwitowanie o otrzymaniu informacji związanych z prawem HIPAA**

( Prawo o ochronie danych osobowych i medycznych)

Podpis Państwa na tej formie świadczy, że otrzymali Państwo informacje dotyczące prawa HIPAA. Prawo HIPAA informuje o ochronie danych osobowych i medycznych, pacjenta. Forma, którą Państwo otrzymali jest w języku polskim. Z jakiegokolwiek pytaniami proszę zwrócić się do lekarza.

Proszę odpowiedzieć na poszczególne pytania:

Otrzymałem(am) od Ear, Nose, Throat and Allergy Clinic informacje związane z prawem HIPAA

Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Miałem(am) możliwość zadania pytań Ear, Nose, Throat and Allergy Clinic związanych z prawem HIPAA

Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Udzielam pozwolenia Ear, Nose, Throat and Allergy Clinic do zostawienia prywatnych i medycznych informacji na moim domowym i komórkowym telefonie.

Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta (lub osoby uprawnionej)

Jeżeli na któreś z pytań odpowiedziałeś **NIE**, proszę o wyjaśnienie swojej odpowiedzi:

---

---

---

---

## Ear, Nose, Throat and Allergy Clinic, S.C

Imie i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_

### Główna Polisa Finansowa

- Aby zapewnić najlepszą opiekę medyczną opłata jest wymagana w dniu wizyty.
- Jeżeli pacjent posiada ubezpieczenie, rachunek będzie wysłany do **firmy ubezpieczeniowej wskazanej przez pacjenta w dniu wizyty**.
- Obowiązkiem pacjenta jest poinformowanie nas o zmianach w ubezpieczeniu i adresie. W innym przypadku **pacjent będzie odpowiedzialny** za koszty wizyty i wysłanie odpowiednich dokumentów do firmy ubezpieczeniowej. Prosimy o przynoszenie ważnego dowodu tożsamości i karty ubezpieczeniowej na każdą wizytę.
- Pacjent jest odpowiedzialny za copay i deductibles w dniu wizyty. W przypadku nie uiszczenia wyżej wymienionych lub nie posiadania karty ubezpieczeniowej pacjent może być poproszony o przełożenie wizyty na inny termin.
- Powinności, które są odpowiedzialnością pacjenta powinny być uregulowane w dniu wizyty.
- Pacjent płacący kartą kredytową ponosi dodatkową opłatę **3% Processing Fee**.
- Opłata w wysokości **\$25** będzie naliczana miesięcznie za nie zapłacone rachunki.
- Po **90 dniach** wszelkie zaległe rachunki będą automatycznie przekazywane do "Collection Agency". Zastrzegamy sobie prawo do informowania biura kredytowego o nie zapłaconych w terminie rachunkach a także do naliczania kar, jak również do skreślenia z listy pacjentów.
- Wszystkie rachunki muszą być zapłacone w całości przed testami na alergię, przygotowaniem surowicy alergicznej i planowanymi zabiegami chirurgicznymi.

### Odwołanie wizyty

- Prosimy o poinformowanie nas o odwołaniu wizyty z 24- godzinnym wyprzedzeniem. W innym przypadku konto będzie obciążone karą w wysokości **\$35**. Wielokrotne nie stosowanie się do powyższej reguły może doprowadzić do skreślenia z listy pacjentów.

### Kopie dokumentów medycznych

- W celu uzyskania kopii dokumentów/ historii medycznej wymagane jest wypełnienie formularza zawierającego datę, podpis, adres docelowy, wykaz dokumentów oraz powód. To samo dotyczy wysyłania informacji do innych placówek medycznych i przedstawicieli pacjentów. Za te usługi będzie wymagana opłata.

### Czeki bez pokrycia

- Konto będzie obciążone sumą w wysokości **\$25** za pierwszy czek bez pokrycia. \$50 za następny. W takim przypadku pacjent będzie musiał pokryć koszty wizyty przed opuszczeniem gabinetu. Nie zastosowanie się, może spowodować skreślenie z listy pacjentów.

### Zgoda na udostępnienie informacji medycznych

- Zgadzam się na udostępnienie moich informacji medycznych ( lub mojego dziecka) firmie ubezpieczeniowej potrzebnych do poprawnego rozliczenia. Wyrażam zgodę aby zapłaty dokonane przez moją firmę ubezpieczeniową były skierowane bezpośrednio do lekarza.

**Przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) powyższe informacje dotyczące Polisy Finansowej. Rozumiem, że wszelkie sumy nie pokryte przez firmę ubezpieczeniową, copay i deductibles są moją odpowiedzialnością.**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta (lub osoby uprawnionej)

\_\_\_\_\_  
Data



# Ochrona Prywatności i Twoje Informacje

## Ochrona Twojej prywatności jest ważna dla nas wszystkich.

Większość z nas uważa, że nasze informacje medyczne i te dotyczące zdrowia są informacjami prywatnymi i powinny być chronione, dlatego chcielibyśmy wiedzieć kto jest w ich posiadaniu. Obecnie prawo federalne:

- Daje Ci uprawnienia związane z Twoimi informacjami medycznymi;
- Ustanawia zasady i ograniczenia dotyczące tego, kto ma wgląd i kto może otrzymywać Twoje informacje medyczne.

## Twoje informacje medyczne są chronione przez prawo federalne.

### Kogo obowiązuje to prawo?

- Większość lekarzy, pielęgniarek, aptek, szpitali, klinik, domów opieki i wiele innych placówek służby zdrowia.
- Firmy ubezpieczeniowe oferujące ubezpieczenia zdrowotne, Organizacje Ochrony Zdrowia (HMO), większość grupowych planów ubezpieczeniowych oferowanych przez pracodawców.
- Pewne programy rządowe płacące za opiekę zdrowotną, jak Medicare i Medicaid.

### Jakie informacje są chronione?

- Informacje wprowadzane do Twojej dokumentacji medycznej przez lekarzy, pielęgniarki i inne placówki służby zdrowia.
- Treści rozmów przeprowadzanych przez Twojego lekarza z pielęgniarkami i innymi osobami na temat Twojego leczenia lub opieki.
- Informacje na Twój temat zapisane w systemie komputerowym Twojego ubezpieczyciela zdrowotnego.
- Informacje na tematy związane z Twoimi rachunkami w klinice.
- Większość innych informacji medycznych na Twój temat przechowywanych przez tych, którzy mają obowiązek stosować się do litery tego prawa.

## Prawo zapewnia Ci możliwość ochrony Twoich informacji medycznych

Placówki służby zdrowia oraz ubezpieczyciele zdrowotni, którzy mają obowiązek stosować się do tych przepisów prawnych muszą zapewnić Ci:

- Uzyskanie do wglądu oraz otrzymanie na piśmie egzemplarza Twojej dokumentacji medycznej.
- Wprowadzenia poprawek do Twoich informacji medycznych.
- Otrzymania kartki z opisem tego, jak mogą być wykorzystane i ujawnione Twoje informacje medyczne.
- Decydowania o tym, czy chcesz dać pozwolenie zanim Twoje informacje medyczne zostaną wykorzystane lub ujawnione w pewnych celach, na przykład marketingowych.
- Otrzymania raportu na temat tego kiedy i dlaczego ujawniono Twoje informacje medyczne w pewnych celach.
- Jeśli uważasz, że Twoje prawa nie są przestrzegane, lub że Twoje informacje medyczne nie są chronione, to możesz:
  - Złożyć skargę w placówce służby zdrowia lub u ubezpieczyciela zdrowotnego;
  - Złożyć skargę w rządzie USA.

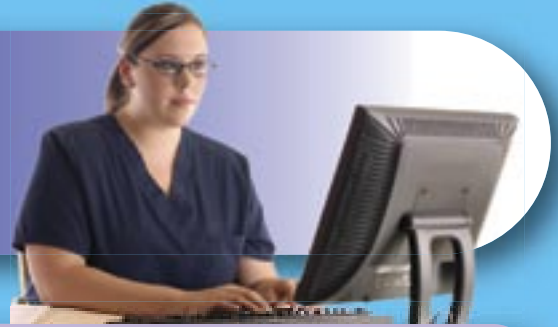
Powinieneś się zapoznać z tymi ważnymi prawami, które pomagają Ci chronić Twoje informacje medyczne.

Możesz zadawać pytania w placówce służby zdrowia i u ubezpieczyciela zdrowotnego na temat przysługujących Ci praw. Możesz uzyskać więcej informacji na temat swoich praw, w tym również informacji na temat składania skarg na stronie internetowej:

[www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/).



# PRYWATNOŚĆ



## Aby uzyskać więcej informacji

To jest jedynie krótkie podsumowanie informacji na temat przysługujących Ci praw i ochrony w ramach federalnego prawa o ochronie prywatności informacji medycznych. Możesz dowiedzieć się więcej na temat prywatności informacji medycznych oraz na temat przysługujących Ci praw ze strony informacyjnej pt.: "Twoje Prawa w Ramach Ochrony Prywatności Informacji Medycznych". Możesz ją znaleźć na stronie internetowej: [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/).

## Inne prawa związane z ochroną prywatności

Inne prawo zapewnia dodatkową ochronę prywatności pacjentom korzystającym z programów leczenia alkoholowego i narkotykowego. Więcej informacji można uzyskać na stronie internetowej: [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

## Opublikowane przez:

U.S. Department of  
Health & Human  
Services Office for  
Civil Rights



## Prawo ustanawia zasady i ograniczenia dotyczące tego, kto może oglądać i otrzymywać informacje na Twój temat

Aby się upewnić, że informacje na Twój temat są chronione we właściwy sposób i nie kolidują ze świadczoną Ci opieką zdrowotną, możesz sprawdzić czy wykorzystywanie i ujawnianie informacji występuje tylko w następujących przypadkach

- W celu koordynowania Twojego leczenia i opieki
- Aby zapłacić lekarzom i szpitalom za Twoją opiekę lekarską i pomóc tym instytucjom w prowadzeniu ich działalności
- Twojej rodzinie, krewnym, przyjaciołom lub innym wskazanym przez Ciebie osobom zaangażowanym w Twoją opiekę lekarską lub w płacenie Twoich rachunków za leczenie, chyba że zgłosisz sprzeciw
- W celu upewnienia się, że lekarze oferują dobrą opiekę a domy opieki są czyste i bezpieczne
- W celu ochrony zdrowia społecznego, gdy na przykład w Twojej okolicy pojawi się grypa
- W celu składania wymaganych raportów policji, czyli na przykład informowanie o ranach postrzałowych

**Twoje informacje medyczne nie mogą być wykorzystywane, ani ujawniane bez Twojej pisemnej zgody, chyba że niniejsze prawo na to zezwoli.**

**Przykładowo, bez Twojej zgody placówka służby zdrowia ogólnie rzecz biorąc nie może**

- Przekazać Twoich informacji pracodawcy
- Wykorzystać lub ujawnić Twoich informacji w celach marketingowych lub reklamowych
- Dzielić się prywatnymi notatkami z sesji poświęconych poradnictwu na temat zdrowia psychicznego



## Prawo chroni prywatność Twoich informacji medycznych

**Placówki służby zdrowia i ubezpieczyciele zdrowotni mający obowiązek stosowania się do tego prawa muszą zachować prywatność Twoich informacji poprzez**

- Szkolenie swoich pracowników na temat tego, jak można a jak nie można korzystać z Twoich informacji i jak je ujawniać
- Podejmowanie właściwych i rozsądnych kroków mających na celu zabezpieczenie Twoich informacji medycznych