



Forma informacyjna

Proszę o wypełnienie tej formy

Informacje o pacjencie

Data _____

Imie i Nazwisko Pacjenta _____
Imie _____ Drugie imie _____ Nazwisko _____

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) Ime i Nazwisko _____

Pokrewienstwo _____ Numer telefonu _____

Nazwisko lekarza ogólnego _____

Kto polecił państwa do naszego biura _____

Ubezpieczenie _____ Drugie ubezpieczenie _____

Informacje o ubezpieczeniu

Imie i Nazwisko osoby posiadającej ubezpieczenie _____

Adres _____ Miasto _____ Stan ___ Kod pocztowy _____

Data Urodzenia _____ Pokrewienstwo _____

Telefon _____

Odpowiedzialność Finansowa

Ime 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.

Inicjały _____

- Opłata w wysokości **\$25** będzie naliczana miesięcznie za nie zapłacone rachunki.

Inicjały _____

- 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.

Inicjały _____

- Wszystkie rachunki muszą być zapłacone w całości przed testami na alergię, przygotowaniem surowicy alergicznej i planowanymi zabiegami chirurgicznymi.

Inicjały _____

Odwolanie 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.

Inicjały _____

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.

Inicjały _____

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.

Inicjały _____

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.

Inicjały _____

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/.



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/.

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

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