

Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____

or Affix Label

PROGRAM CARE EVERYWHERE® WNIOSEK O REZYGNACJĘ Z UCZESTNICTWA/WYRAŻENIE ZGODY NA UCZESTNICTWO

Przepisy federalne i stanowe zezwalają świadczeniodawcom na ujawnianie większości informacji na temat stanu Pana/Pani zdrowia, bez pisemnej zgody, w sytuacji, gdy inne szpitale, lekarze oraz inni pracownicy służby zdrowia muszą Pana/Panią leczyć. Ujawnianie informacji na temat Pana/Pani stanu zdrowia innym lekarzom, którzy Pana/Panią leczą, jest pomocne dla utrzymania ciągłości i koordynacji opieki oraz może ograniczyć dublowanie badań.

Do tej pory wymiana dokumentacji medycznej odbywała się za pomocą telefonu, poczty lub faksu. Nowa technologia pozwala nam teraz bezpiecznie udostępniać informacji medycznej w formie elektronicznej. Jedną z metod dzielenia się tą informacją drogą elektroniczną nosi nazwę *Care Everywhere* (Opieka medyczna sprawowana wszędzie), która jest dostępna dla uczestniczących dostawców usług medycznych, którzy używają tego samego systemu elektronicznej dokumentacji medycznej, co Advocate Aurora Health (AAH).

Większość informacji o stanie zdrowia pacjenta AAH jest automatycznie włączana do *Care Everywhere*, chyba że poprosi Pan/Pani na piśmie, aby wykluczyć go/ją z tego programu. Aby wyłączyć informacje o stanie Pana/Pani zdrowia z programu *Care Everywhere*, musi Pan/Pani podpisać formularz rezygnacji. Przykłady informacji, które NIE są dostępne w systemie *Care Everywhere* obejmują leczenie uzależnień, dokumentację medyczną dotyczącą napaści o charakterze seksualnym/sądowym oraz dane dotyczące leczenia zaburzeń psychicznych.

Jeśli w przyszłości zechce Pan/Pani zmienić swoją decyzję o rezygnacji, musi Pan/Pani wypełnić nowy formularz i wysłać go do lokalnego Działu Informacji Medycznych (Dokumentacji Medycznej) AAH Health Information Management (Medical Records). Wniosek zostanie rozpatrzony w ciągu 5 dni roboczych od jego otrzymania.

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Pierwsze imię (<i>First Name</i>)	Drugie imię (<i>MI</i>)	Nazwisko (<i>Last Name</i>)
Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok) (<i>Date of Birth</i>) (mm/dd/yyyy)		Numer telefonu w ciągu dnia (<i>Daytime Phone</i>)

Wybierając opcję rezygnacji należy mieć świadomość, że rezygnuje się z *Care Everywhere* dla AAH **oraz** dla wszystkich innych podmiotów zakontraktowanych do korzystania z elektronicznego zapisu AAH.

- Rezygnacja z udziału:** Proszę, aby mój świadczeniodawca - Advocate Aurora Health wyłączył informacje na temat mojego stanu zdrowia z programu *Care Everywhere*. Rozumiem, że oznacza to, że inni dostawcy usług medycznych nie będą mogli uzyskać moich informacji zdrowotnych za pośrednictwem *Care Everywhere*, z wyjątkiem zakresu, w jakim podjęto już działania w celu udostępnienia informacji, i nadal **mogą je uzyskać za pomocą innych metod.** (*Opt Out*)
- Anulowanie mojej rezygnacji:** Poprzednio zdecydowałem/-am się na rezygnację z udziału w programie *Care Everywhere* i nie zezwalałem/-am na udostępnianie drogą elektroniczną innym świadczeniodawcom informacji o moim stanie zdrowia zebranych przez Advocate Aurora Health (AAH). Obecnie zdecydowałem/-am się na udział w tym programie i zezwalam na udostępnianie drogą elektroniczną informacji dotyczących mojego stanu zdrowia zebranych przez AAH. Poprzez zaznaczenie tego pola i podpisanie tego formularza cofam mój wcześniejszy wniosek o wyłączenie informacji o moim stanie zdrowia z programu *Care Everywhere*. (*Reverse my Opt Out*)

Data: _____ Godzina: _____ Pacjent / Upoważniony przedstawiciel
 (Date) (Time) Podpis przedstawiciela: _____
 (Patient/Authorized Representative Signature)

Jeśli upoważniony przedstawiciel, związek (np. pokrewieństwo) z pacjentem: _____
 (If Authorized Representative, Relationship to Patient)

Imię i nazwisko przedstawiciela drukowanymi literami: _____
 (Print Representative Name)



Program CARE EVERYWHERE®: Udostępnianie informacji drogą elektroniczną

Przepisy federalne i stanowe zezwalają świadczeniodawcom na ujawnianie informacji na temat stanu Pana/Pani zdrowia, bez pisemnej zgody, w sytuacji, gdy inne szpitale, lekarze oraz inni pracownicy służby zdrowia muszą Pana/Panią leczyć. Ta wymiana informacji jest pomocna w celu skoordynowaniu opieki. Do tej pory udostępnianie takich informacji odbywało się za pomocą telefonu, poczty lub faksu. Obecnie dysponujemy technologią, która pozwala nam w sposób bezpieczny udostępniać informacje na temat stanu zdrowia drogą elektroniczną. Nazywa się Care Everywhere.

Często zadawane pytania

Pytanie: Czym jest Care Everywhere?

Odpowiedź: Care Everywhere umożliwia lekarzom i pielęgniarkom z różnych instytucji elektroniczną wymianę informacji o stanie zdrowia pacjenta. Jest to narzędzie w ramach naszej elektronicznej dokumentacji medycznej, które służy do bezpiecznej wymiany informacji o zdrowiu pacjenta z innymi dostawcami usług medycznych. Każdy, kto otrzymuje opiekę medyczną w instytucjach uczestniczących w Care Everywhere, może odnieść korzyści z programu Care Everywhere. Niezależnie od tego, czy jesteście Państwo w podróży i potrzebujecie pomocy medycznej w nagłych przypadkach, czy też odwiedzacie innych dostawców usług medycznych w społeczności, Care Everywhere umożliwia tym dostawcom dostęp do większej ilości informacji o stanie Państwa zdrowia, dzięki czemu mogą oni lepiej zaspokoić Państwa potrzeby medyczne.

Pytanie: Jakiego rodzaju informacje są udostępniane/dostępne?

Odpowiedź: Informacje o stanie zdrowia pacjenta obejmują większość informacji zawartych w elektronicznej karcie zdrowia. Istnieją jednak pewne bardzo specyficzne typy informacji, które NIE są przekazywane w taki sposób.

Pytanie: Jaki rodzaj informacji NIE jest udostępniany/dostępny poprzez Care Everywhere?

Odpowiedź: Informacje, które nie będą udostępniane za pośrednictwem Care Everywhere obejmują:

- Leczenie zaburzeń psychicznych
- Programy leczenia uzależnień
- Wykorzystywanie seksualne/dokumentacja sądowa

Ponadto, jest mało prawdopodobne, abyśmy mogli elektronicznie wymieniać dane pacjentów z innymi krajami w ten sam sposób. Proces takiej wymiany wymagałby podpisanej przez pacjenta zgody na udostępnienie naszych informacji. Dokumentacja, która nie jest dostępna za pośrednictwem Care Everywhere, musi być osobno zamówiona w danej placówce.

Pytanie: Kto może zobaczyć moje informacje w Care Everywhere?

Odpowiedź: Tylko pracownicy służby zdrowia zaangażowani w opiekę nad pacjentem mogą przeglądać jego informacje. Pracownicy służby zdrowia mogą uzyskać dostęp do informacji na temat stanu Pana/Pani zdrowia tylko w celu koordynacji opieki i leczenia.

Pytanie: Jak mogę zarejestrować się w systemie Care Everywhere?

Odpowiedź: Nie ma procesu rejestracji w Care Everywhere. Udostępnianie informacji o pacjencie dla celów leczenia jest dozwolonym wykorzystaniem informacji medycznych.

Pytanie: Co, jeśli nie chcę uczestniczyć w programie Care Everywhere?

Odpowiedź: Podczas procesu rejestracji należy powiadomić członka zespołu ds. dostępu do pacjenta o chęci wypełnienia wniosku o rezygnację z usługi Care Everywhere. Jeśli zdecyduje się Pan/Pani na zmianę/odwołanie swoich wyborów w Care Everywhere w dowolnym momencie, wystarczy wypełnić Wniosek o rezygnację i wysłać go do lokalnego działu Advocate Aurora Health Information Management (dokumentacji medycznej).

Pytanie: Po jakim czasie moja zmiana preferencji dotyczących Care Everywhere zacznie obowiązywać?

Odpowiedź: Uaktualnienie Pana/Pani decyzji odnośnie udziału w programie Care Everywhere może potrwać do 5 dni.

Pytanie: Czy jeśli zrezygnuję z usługi Care Everywhere, oznacza to, że inni dostawcy usług medycznych nie mogą uzyskać moich informacji zdrowotnych bez mojej pisemnej zgody?

Odpowiedź: Nie, przepisy stanowe i federalne nadal zezwalają na dostęp do większości informacji o stanie zdrowia bez Państwa pisemnej zgody, pod warunkiem, że prośbę taką wystosują inni dostawcy usług medycznych, którzy są zaangażowani w opiekę nad Państwem. Informacja ta zostanie przekazana telefonicznie, mailem lub faksem.

Care Everywhere jest znakiem towarowym firmy Epic Systems Corporation.