NEW YORK STATE | Office of Mental Health
PSYCKES

Formularz wycofania zgody

Nazwa świadczeniodawcy/placówki

Co musisz wiedzieć

Wcześniej podpisałeś formularz zgody, upoważniający tego dostawcę usług medycznych do uzyskania dostępu do twoich danych dotyczących programu Medicaid oraz innych informacji zdrowotnych dostępnych w internetowej bazie danych Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES).

Jeśli nie chcesz już, aby ten dostawca oraz personel odpowiedzialny za opiekę nad tobą mieli wgląd w twoje dane, musisz wypełnić i podpisać niniejszy formularz wycofania zgody. Po wypełnieniu formularza należy go podpisać i odesłać do:

1. Ten dostawca usług medycznych nie będzie miał dostępu do twoich danych medycznych za pośrednictwem systemu PSYCKES. Wyjątki:
   - W nagłych wypadkach lub
   - gdy pozwalają na to stanowe i federalne przepisy dotyczące poufności. Na przykład, jeśli pracownicy Medicaid będą mieć obawy co do jakości opieki zdrowotnej, z której korzystasz, twój dostawca usług medycznych może uzyskać dostęp do systemu PSYCKES, aby sprawdzić, czy otrzymujesz odpowiednią opiekę we właściwym czasie.[1]
2. Twój lekarz może uzyskać dostęp do twoich danych medycznych również w inny sposób. Na przykład te same przepisy i regulacje mogą uprawniać lekarzy do uzyskania od innego dostawcy usług medycznych informacji niezbędnych do leczenia pacjenta.
3. Wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na dane dotyczące zdrowia udostępnione w okresie, w którym zgoda była ważna.
4. Wycofanie zgody nie wpłynie na twój dostęp do opieki medycznej ani na zakres ubezpieczenia zdrowotnego. Twoi dostawcy usług medycznych nadal będą składać wnioski do twojego ubezpieczyciela o zwrot kosztów za świadczenia, z których korzystasz.
5. Nowy formularz zgody PSYCKES możesz wypełnić w dowolnym momencie. Formularze można otrzymać od swojego dostawcy usług medycznych, a po wypełnieniu i podpisaniu należy je do niego zwrócić.
6. Kopię formularza otrzymasz po jego podpisaniu i przesłaniu.

Co musisz zrobić

Proszę podać wymagane poniżej informacje i przekazać ten formularz swojemu dostawcy usług medycznych.

Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami

Data urodzenia pacjenta

Numer ID Medicaid pacjenta

Podpis pacjenta lub osobistego przedstawiciela prawnego pacjenta

Data

Nazwisko przedstawiciela prawnego drukowanymi literami (jeśli dotyczy)

Relacja łącząca przedstawiciela prawnego ipacjenta (jeśli dotyczy)

[1] Przepisy prawne i regulacje obejmują paragraf 33.13 nowojorskiej Ustawy o higienie psychicznej, artykuł 27-F nowojorskiej ustawy o zdrowiu publicznym oraz federalne przepisy dotyczące poufności, w tym część 2 42 CFR oraz części 160 i 164 45 CFR (zwane również ustawą HIPAA).