

***Upoważnienie do udostępnienia poufnych informacji medycznych pacjenta.***

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_, data urodzenia \_\_\_\_\_.

Upoważniam pracowników Chicago Health Medical Group do udostępnienia poufnych informacji o pacjencie w następujący sposób:

Chicago Health Medical Group mogą zostawiać informacje dotyczące moich wyników badań na mojej domowej automatycznej sekretarce. Tak  Nie

Chicago Health Medical Group mogą zostawiać informacje dotyczące nadchodzących wizyt oraz/lub wyznaczania terminów przyszłych wizyt na mojej domowej automatycznej sekretarce. Tak  Nie

Chicago Health Medical Group mogą zostawiać informacje dotyczące rachunków i ubezpieczenia pod moim numerem komórkowym. Tak  Nie

Chicago Health Medical Group mogą zostawiać informacje dotyczące nadchodzących wizyt oraz/lub wyznaczania terminów przyszłych wizyt pod moim numerem komórkowym. Tak  Nie

Proszę wymienić członków rodziny i inne osoby odpowiedzialne za podejmowanie decyzji dotyczących Twojego leczenia i płatności za nie. Proszę także określić, które informacje mogą być przekazywane tym osobom.

Imię i Nazwisko:	Stopień Pokrewieństwa:	Wszystkie	Wyznaczanie Terminu Wizyt	Medyczne	Rachunki Ubezpieczenie
_____	_____	___	___	___	___
_____	_____	___	___	___	___
_____	_____	___	___	___	___

W celu komunikacji z Tobą, z Twoją Rodziną oraz innymi osobami zaangażowanymi w Twoją opiekę, będziemy używali informacji zawartych w tym formularzu, dopóki nie zażadasz wprowadzenia zmian. Jeżeli zajdzie potrzeba jakichkolwiek zmian, proszę natychmiast poinformować gabinet lekarski.

Podpis Pacjenta/  
Opiekuna Prawnego: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_