

Wycofanie zgody

Nazwa świadczeniodawcy medycznego (od którego wycofywana jest zgoda): _____

Podpisałem(-am) wcześniej „Formularz Zgody NY Care Information Gateway” upoważniający świadczeniodawcę medycznego („HP”) do uzyskania dostępu do moich informacji zdrowotnych za pośrednictwem NY Care Information Gateway.

Rozumiem, że podpisując niniejszy formularz, **WYCOFUJĘ ZGODĘ**, na to, aby wymieniony powyżej świadczeniodawca medyczny i inni świadczeniodawcy działający w wymienionej powyżej organizacji mogli uzyskać dostęp do moich informacji zdrowotnych za pośrednictwem NY Care Information Gateway, w dowolnym celu, *nawet w nagłej sytuacji medycznej*.

Wycofując zgodę, rozumiem że:

1. Wymieniony powyżej świadczeniodawca medyczny mógł uzyskać dostęp do moich informacji zdrowotnych za pośrednictwem NY Care Information Gateway, w czasie obowiązywania zgody i mógł skopiować lub zawrzeć moje informacje w swojej dokumentacji medycznej. Mimo że zdecydowałem(-am) się wycofać zgodę, wymieniony świadczeniodawca medyczny nie jest zobowiązany do zwrócenia tych informacji lub usunięcia ich ze swojej dokumentacji.
2. Niniejszy Formularz Wycofania Zgody odnosi się tylko do wymienionego wyżej świadczeniodawcy medycznego i nie wpływa na zgodę wydaną innemu świadczeniodawcy uczestniczącemu w NY Care Information Gateway.
3. Przetworzenie Wycofania Zgody może potrwać kilka dni.
4. Jeśli będę chciał(a) ponownie udzielić zgody, mogę jej udzielić podpisując i wypełniając nowy Formularz Zgody NY Care Information Gateway i odsyłając go do wymienionego powyżej świadczeniodawcy.
5. W związku z wycofaniem zgody, żaden świadczeniodawca NY Care Information Gateway nie może odmówić udzielenia mi pomocy medycznej.

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami)

Data urodzenia pacjenta

Adres pacjenta/ miejscowość/ stan/ kod pocztowy

Telefon/ Email

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta

Data

Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego pacjenta
drukowanymi literami (jeśli to właściwe)

Stopień powiązania przedstawiciela prawnego z pacjentem (jeśli
to właściwe)

GDZIE ZWRÓCIĆ WYPEŁNIONY FORMULARZ : Niniejszy formularz należy wydrukować, wypełnić i przesłać:

FAKSEM: 646-998-8060 lub **POCZTĄ:** NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380