

Согласно государственному законодательству, Вы имеете право запросить внесение поправки в свою медицинскую информацию. Это означает, что если Вы видите в своих медицинских картах данные, которые, по Вашему мнению, являются неточными или неполными, Вы можете запросить добавление новой информации, которая исправляет или дополняет карту.

Что Вас ожидает, если Вы запросите внесение поправки в свою медицинскую информацию:

- Вам предложат заполнить и подписать прилагаемую форму запроса, указав конкретную подробную информацию, которая должна быть исправлена. Отправьте запрос по адресу:
PeaceHealth
Health Information Management, Dept #336
1115 SE 164th Ave
Vancouver WA 98683
FAX: 541-242-8046
- Наши сотрудники проверят Ваши карты и, возможно, проконсультируются с Вашим врачом и другими лицами, участвующими в Вашем лечении и оказании медицинской помощи.
- Вы получите от нас ответ в течение 10 дней (для Вашингтона) или 60 дней (для Орегона или Аляски).

Если Ваш запрос будет одобрен, мы:

- сообщим Вам об этом в письменной форме;
- включим поправку во все будущие варианты выпуска Вашей медицинской информации для передачи уполномоченным лицам и организациям, таким как поставщики медицинских услуг, медицинские учреждения и страховые компании;
- с Вашего одобрения сообщим измененную информацию отдельным лицам и (или) организациям, которым мы выдавали эту информацию в прошлом. Мы также поинтересуемся, не хотите ли Вы, чтобы мы сообщили эту информацию кому-либо еще.

Мы можем отклонить Ваш запрос по любой из перечисленных ниже причин:

- мы не находим убедительных доказательств того, что медицинская информация является неточной и неполной;
- информация, по которой Вы запрашиваете внесение поправок, поступает из другого источника, например от другого поставщика медицинских услуг или учреждения;
- информация, по которой Вы запрашиваете внесение поправок, не считается информацией, используемой для принятия решений о Вашей медицинской помощи, лечении или оплате за медицинскую помощь и лечение; или
- информация, по которой Вы запрашиваете внесение поправок, по закону не должна быть доступна для Вашей обычной проверки.

Если Ваш запрос отклонен:

- Мы отправим запрос на внесение поправки и наш отказ со всеми будущими вариантами выпуска Вашей медицинской информации для передачи уполномоченным лицам и организациям, таким как поставщики медицинских услуг, медицинские учреждения и страховые компании.
- Вы можете подать нам письменное заявление о несогласии с отклонением Вашего запроса.
- Вы можете подать жалобу в PeaceHealth и попросить, чтобы мы пересмотрели Ваш запрос и наш отказ. Отправьте жалобу в отдел организационной добросовестности по адресу Organization Integrity at PeaceHealth, 1115 SE 164th Ave, Vancouver WA 98683; или позвоните по телефону: 360-729-1730.
- Вы можете подать жалобу в Федеральное управление по гражданским правам по телефону: 800-368-1019 или на веб-сайте <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/psa/complaint/index.html>

This page goes to the patient – Do not scan into record

**REQUEST FOR AMENDMENT OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION
- Russian**

Ф. И. О. пациента _____
Дата рождения _____
Адрес _____
Город, штат,
почтовый индекс _____
Номер телефона _____
Медицинская
карта № _____



Pt Amendment

For PeaceHealth Office Use Only:

Date Received: _____

Received by: _____

Date Completed: _____

Extension Needed: Yes No

**ОПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, В КОТОРУЮ ВЫ ПРОСИТЕ ВНЕСТИ
ПОПРАВКУ.**

Во всех запросах на внесение поправок необходимо указать дату обращения и раздел, который требуется изменить. Если возможно, приложите к этому запросу копии конкретной информации, в которую необходимо внести поправки.

Дата визита/обслуживания	Тип документа (дневниковая запись, запись медицинского персонала службы неотложной помощи, история болезни и данные физикального обследования, выписка и т. п.)	Ф. И. О. (или название) поставщика медицинских услуг

В чем причина Вашего запроса на внесение поправки: _____

Следующая информация является неточной или неполной: _____

Пожалуйста, объясните, в чем заключается неточность или неполнота записи. Что должно быть внесено в запись, чтобы сделать ее более точной или полной: _____

Я понимаю, что PeaceHealth может дополнить или не дополнить медицинскую карту поправкой на основании моего запроса, но ни при каких обстоятельствах не может изменить первичную документацию медицинской карты. Этот запрос на внесение поправки станет частью моей постоянной медицинской карты и будет отправлен в ответ на любые запросы от уполномоченных лиц о моей медицинской документации.

Подпись пациента или лица с правом подписи от имени пациента Степень родства Дата/время
(При подписании личным представителем должно быть предоставлено доказательство полномочий)

-----**FOR PEACEHEALTH USE ONLY**-----

- | | | |
|--|----|---|
| <input type="checkbox"/> Amendment Accepted/Approved | OR | <input type="checkbox"/> Amendment Denied (check reason for denial) |
| <input type="checkbox"/> Partially Accepted/Denied | | <input type="checkbox"/> PHI is accurate and complete |
| | | <input type="checkbox"/> PHI not created by this organization |
| <input type="checkbox"/> Addendum Created | | <input type="checkbox"/> PHI is not available to the patient for inspection |

Provider Comments: _____

Provider Signature	Title	EHR User ID	Date	Time
--------------------	-------	-------------	------	------
