

Согласно федеральному законодательству, у вас есть право запросить внесение изменений в свою медицинскую информацию. Это означает, что если вы обнаружите отсутствие каких-либо данных в вашей медицинской документации или неточности в них, вы можете потребовать внести новую информацию для исправления или дополнения документа.

Чего ожидать в случае подачи запроса на внесение изменений в медицинскую информацию?

- Вас попросят заполнить и подписать прилагаемую здесь форму запроса, подробно и конкретно указав, что необходимо исправить. Форму следует отправить по такому адресу:
PeaceHealth
Health Information Management, Dept #336
1115 SE 164th Ave
Vancouver WA 98683-9324
FAX: 541-242-8046
- Наши сотрудники изучат вашу документацию и при необходимости проконсультируются с врачом и другими лицами, участвующими в лечении и уходе за вами.
- Вы получите ответ в течение 10 дней, если проживаете в штате Вашингтон, или 60 дней, если проживаете в штате Орегон или штате Аляска.

Если ваш запрос будет одобрен, мы:

- Уведомим вас письменно.
- Изменения будут внесены при дальнейшей передаче вашей медицинской информации уполномоченным лицам и организациям, таким как поставщики медицинских услуг, медицинские учреждения и страховые компании.
- Проинформируем о внесенных изменениях лица и организации, которым ранее передавали соответствующую информацию о вас. Мы также попросим вас указать, нужно ли уведомить об изменениях кого-либо еще.

Причины, по которым ваш запрос может быть отклонен

- Мы считаем, что документация является точной и полной.
- PeaceHealth не является составителем информации, изменение которой вы запрашиваете, поэтому не может удовлетворить ваш запрос.
- Информация, изменение которой вы запрашиваете, не относится к категории «утвержденного набора документации» (то есть информации, на основании которой принимаются решения относительно вашего лечения и ухода или их оплаты).
- Согласно законодательству, информация, изменение которой вы запрашиваете, при обычных обстоятельствах не доступна вам для проверки.

Если ваш запрос будет отклонен

- Мы будем прикладывать ваш запрос на внесение изменений и наш отказ при дальнейшей передаче вашей медицинской информации уполномоченным лицам и организациям, таким как поставщики медицинских услуг, медицинские учреждения и страховые компании.
- Вы можете подать нам письменное заявление о несогласии с отказом.



ЗАПРОС НА ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

- Вы можете подать жалобу в PeaceHealth, в Отдел профессиональной этики (Organization Integrity), по адресу PeaceHealth, 1115 SE 164th Ave, Vancouver WA 98683-9324 или позвонив по номеру 877-261-8031.
- Вы можете подать жалобу в Федеральное управление по защите гражданских прав (Federal Office for Civil Rights), позвонив по номеру 800-368-1019 или посетив веб-сайт <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Эта страница выдается пациенту. Ее не нужно сканировать для добавления в его документацию.

Имя и фамилия пациента: _____
 Дата рождения: _____
 Адрес: _____
 Город, штат, почтовый индекс: _____
 Номер телефона: _____
 Номер медицинского документа: _____

For PeaceHealth Office Use Only:
Только для служебного пользования
PeaceHealth:

Date Received: _____
 Received by: _____
 Date Completed: _____
 Extension Needed: Yes No

ОПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, ИЗМЕНЕНИЕ КОТОРОЙ ВЫ ЗАПРАШИВАЕТЕ

Все запросы о внесении изменений должны включать даты лечения и конкретную информацию, которую необходимо исправить. Если возможно, приложите к этому запросу копии конкретной информации, подлежащей изменению.

Дата посещения или обслуживания	Тип документа (запись о ходе лечения, справка отделения неотложной медицинской помощи (Emergency Department, ED), анамнез и записи о результатах медицинского осмотра (History & Physical, H&P), выписной эпикриз и т. п.)	Наименование поставщика услуг

Причина подачи запроса на внесение изменений: _____
 Указанная далее информация является неточной или неполной: _____

Объясните, какой информации не хватает и в чем именно заключается неточность. Какой должна быть точная и полная запись? _____



ЗАПРОС НА ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Я понимаю, что PeaceHealth имеет право удовлетворить или не удовлетворять мой запрос на внесение изменений в медицинскую документацию, а также осознаю, что исходная медицинская документация ни при каких обстоятельствах не будет изменена или удалена. Этот запрос на внесение изменений будет включен в мою постоянную медицинскую карту и будет всегда прилагаться к моей медицинской документации в случае ее передачи по санкционированному запросу.

Подпись пациента или лица, уполномоченного ставить подпись от имени пациента Кем приходится пациенту Дата/время
(В случае подписи личным представителем необходимо предоставить подтверждение полномочий)

FOR PEACEHEALTH USE ONLY
ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ PEACEHEALTH

- Amendment Accepted/Approved OR Amendment Denied (check reason for denial)
- Partially Accepted/Denied
- Addendum Created
- PHI is accurate and complete
- PHI not created by this organization
- PHI is not available to the patient for inspection

Provider Comments: _____

Provider Signature	Title	EHR User ID	Date	Time