

Уважаемые пациенты!

Согласно федеральным законам о защите частной жизни вы имеете право потребовать наложения ограничений на использование и раскрытие вашей медицинской информации. Ниже мы подробнее рассказываем об этом вашем праве и о том, как оно реализуется компанией PeaceHealth.

- PeaceHealth не обязана выполнять ваше требование об ограничении использования вашей медицинской информации, кроме случаев раскрытия такой информации вашему страховому плану, как описано ниже.
- Закон предписывает PeaceHealth раскрывать информацию о пациентах *без их письменного на то согласия* по требованию различных государственных, федеральных и других официальных органов по различным основаниям (см. полное описание в «Общем уведомлении» PeaceHealth о соблюдении конфиденциальности). Мы не можем выполнить требование о полном запрете на раскрытие медицинской информации или каждый раз получать ваше согласие на раскрытие такой информации.
- Иными словами, PeaceHealth не сможет выполнить такого требования до тех пор, пока мы не будем абсолютно уверены в том, что сможем обеспечить вашу конфиденциальность в установленном порядке. В выполнении такого требования часто может быть отказано ввиду разных практических оснований.
- Вы имеете право потребовать наложения ограничений на раскрытие вашей медицинской информации вашему страховому плану в отношении только тех услуг или товаров, которые вы оплатили полностью и за свой счет. В таком случае PeaceHealth будет обязана выполнить это требование. Тем не менее:
 - для этого вам необходимо лично полностью оплатить соответствующую медицинскую услугу или товар;
 - если услуга оплачена вами не полностью, ваше требование об ограничении не будет выполнено, и PeaceHealth потребует полной компенсации стоимости соответствующей медицинской услуги или товара от вашего страховщика;
 - так как стоимость услуг по госпитализации компенсируется в рамках страхового плана иным образом, чем стоимость других услуг (обычно в виде единовременного платежа в зависимости от диагноза), сокрытие информации о конкретной услуге или товаре от вашего страхового плана не является целесообразным. Если вы желаете ограничить раскрытие информации о той или иной медицинской услуге или товаре, которые были предоставлены во время госпитализации, сначала вам необходимо в полном объеме оплатить ваше пребывание в больнице;
 - если вы полностью оплатили диагностическую услугу, например лабораторный анализ или рентгеновское исследование, и потребовали ограничить раскрытие информации вашему страховому плану, мы, безусловно, не будем выставлять вашему страховщику требование о компенсации. Тем не менее, ваш поставщик медицинских услуг может быть вынужден предоставить результаты ваших диагностических исследований в страховой план в целях получения компенсации за свои услуги. Для того чтобы выставить требование о наложении ограничений на использование вашей медицинской информации, вам необходимо напрямую связаться с вашим поставщиком медицинских услуг.

SYS1000-R (6/29/16)

Patient Identification

PeaceHealth
**Request for Restriction of Protected Health Information
- Russian**
Page 1 of 2

(This page goes to patient – Do not scan into record)

Дата получения HIM или PFS: _____

Фамилия:	Имя:	Отчество:
Адрес:	Телефон:	
Город, штат, индекс:	Дата рождения:	

Я требую наложения следующих ограничений на использование моей защищенной медицинской информации.

- Раскрытие или использование такой информации физическими лицами или организациями (кроме страхового плана, как описано ниже)

Информация, на использование которой должны быть наложены ограничения:
Физические лица, которым будет запрещено использование или раскрытие моей защищенной медицинской информации:
Срок действия ограничений: (с) _____ (по) _____

- Раскрытие страховому плану информации о медицинских услугах или товарах, которые были оплачены мною лично и в полном объеме

Описание услуги или товара:	
Дата оказания услуги/предоставления товара:	Номер счета:
<input type="checkbox"/> В выполнении требования отказано ввиду того, что услуга не была оплачена полностью. Дата: _____ Инициалы: _____	

Я понимаю, что для того, чтобы наложить ограничения на раскрытие страховому плану информации о той или иной медицинской услуге, я должен (-на) лично полностью оплатить такую услугу, иначе PeaceHealth не сможет ограничить раскрытие моей медицинской информации страховщику.

Подпись пациента/лица, уполномоченного подписывать документы за пациента (кем приходится?) Дата Время

FOR PEACEHEALTH USE ONLY Routing: Restrictions on disclosures to health plans – HIM; all others to Regional Privacy Officer			
<input type="checkbox"/> Restriction Accepted Scan to RST-AD	<input type="checkbox"/> Restriction Denied Scan to RSTDEN		
<input type="checkbox"/> Patient/Personal Representative notified of restriction decision by:			
Signature	Title	Date	Time

SYS1000-R (6/29/16)

Patient Identification

PeaceHealth
**Request for Restriction of Protected Health Information
- Russian**
Page 2 of 2