

В соответствии с федеральным законом у Вас есть право запросить копию своей медицинской информации.

Как запросить копию своей медицинской информации.

- Заполните приложенную форму Запрос копии защищенной медицинской информации и отправьте ее по почте или по факсу в Отдел раскрытия информации Управления медицинской информации [Health Information Management, Release of Information department] (см. ниже). Если Вы заполняете этот запрос в учреждении PeaceHealth, Вы можете попросить сотрудника центра передать этот запрос по факсу.
- Обязательно укажите полный адрес и номер телефона, по которым мы можем связаться с Вами в случае появления вопросов по вашему запросу.
- Если эту форму подписывает родитель, опекун или личный представитель, пожалуйста, укажите ваши отношения с пациентом в соответствующей строке и, как это требуется, предоставьте документ, подтверждающий Ваши полномочия. Если у Вас есть вопросы, позвоните в Отдел раскрытия информации Управления медицинской информации.

Чего ожидать

Вы имеете право проверять медицинскую информацию, которую мы можем использовать для принятия решений о Вашем лечении, и получать копии данных.

- Ваш запрос будет обработан в течение 15 рабочих дней после получения Отделом раскрытия информации Управления медицинской информации в г. Ванкувер, штат Вашингтон.
- Если мы не сможем обработать Ваш запрос в течение 15 рабочих дней, мы свяжемся с Вами, чтобы сообщить причину задержки и ожидаемую дату получения информации.
- В определенных ограниченных случаях мы можем отклонить Ваш запрос.

Почтовый адрес (для служебного пользования):**PeaceHealth, HIM, ROI****1115 SE 164th Avenue, Dept. 336****Vancouver, WA 98683****Служба поддержки клиентов: (360) 729-1300****Факс: (360) 527-9383****Электронное письмо (e-mail) в зашифрованном или в незашифрованном виде.**

Вы можете получать свою медицинскую информацию в виде незашифрованного или зашифрованного электронного письма.

- При передаче через Интернет незашифрованного электронного письма возможен риск его перехвата неуполномоченными лицами.
- Для защиты конфиденциальных сообщений в компании PeaceHealth используют систему шифрования электронной почты. Если Вы решите получать свою медицинскую информацию через зашифрованное электронное письмо, Вы получите по электронной почте письмо-уведомление, содержащее ссылку для доступа к полному сообщению на нашем защищенном сервере электронной почты. Для получения информации Вам потребуется создать учетную запись пользователя.

SYS1001-R (02/05/18)

PeaceHealth
**Request for Copy of Protected Health Information –
Russian**
Page 1 of 2

Patient Identification

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

Информация о пациенте (печатными буквами):

Фамилия	Имя	Отчество
Адрес: улица		Телефон (дневное время)
Город, штат, индекс		Телефон (вечернее время)
Дата рождения:		

Я прошу, чтобы компания PeaceHealth предоставила мне копию моей медицинской информации следующим образом:

Укажите учреждение PeaceHealth	<input type="checkbox"/> Конкретное учреждение: _____ <input type="checkbox"/> Все учреждения
Укажите даты предоставления услуг	<input type="checkbox"/> Точные даты: (с) _____ (до) _____ <input type="checkbox"/> История за год <input type="checkbox"/> Другое: _____
Какую информацию Вы запрашиваете?	<input type="checkbox"/> «Pert-Pack»: (документация поставщика, список лекарств и диагностическая информация; лабораторные данные, результаты рентгена, ЭКГ) <input type="checkbox"/> Пленки со снимками <input type="checkbox"/> Отчеты о выставлении счетов <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____
Укажите нужный формат	<input type="checkbox"/> В бумажном виде <input type="checkbox"/> В электронном виде через электронную почту (см. ниже) <input type="checkbox"/> В электронном виде на компакт-диске <input type="checkbox"/> Мой PeaceHealth <input type="checkbox"/> Другое: _____
Укажите предпочтительный способ доставки	Отправьте запрошенную информацию: <input type="checkbox"/> Мне лично: _____ <input type="checkbox"/> Другому лицу: _____ <input type="checkbox"/> На адрес эл. почты: _____ <input type="checkbox"/> В зашифрованном виде <input type="checkbox"/> В незашифрованном виде (отметьте одно) <input type="checkbox"/> По факсу <input type="checkbox"/> Другое: _____
Подтверждения	1. Я понимаю, что <u>с меня могут потребовать оплату</u> , соответствующую разумным затратам, которая покроет расходы на копирование, включая расходные материалы, рабочую силу и почтовые расходы. 2. Если мною выбран вариант отправки медицинской информации в незашифрованном электронном письме, я понимаю присущие этому способу риски безопасности, связанные с передачей электронного письма через Интернет.

 Подпись пациента или лица с правом подписи от имени пациента Степень родства Дата Время

Отправьте заполненную форму в Отдел раскрытия информации Управления медицинской информации.

Только для персонала: MRUN _____ Were records provided? Yes No Initial _____ Date _____

Patient Identification

SYS1001-R (02/05/18)

 PeaceHealth
Request for Copy of Protected Health Information – Russian
 Page 2 of 2


Release of Information Authorization