



Name des Patienten	Geburtsdatum	Identifikationsnummer des Patienten
Adresse des Patienten		

Ich bitte darum, dass Zugriff auf Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Gesundheitsfürsorge und Behandlung gemäß diesem Formular erfolgt. Ich kann wählen, ob ich es [Name of Provider Organization] (einschließlich ihrer Bevollmächtigten) gestatte, über die Organisation zum Austausch von Gesundheitsdaten, Healthix, Zugriff auf meine Patientenakten zu erhalten. Wenn ich diesem Zugriff zustimme, können meine Patientenakten anderer Stellen, an denen ich medizinische Versorgung erhalte, anhand eines den gesamten Bundesstaat übergreifenden Computernetzwerkes eingesehen werden. Healthix ist eine gemeinnützige Organisation, die Informationen zur Gesundheit von Personen elektronisch austauscht und den Datenschutz- und -sicherheitsstandards laut Gesetz zur Übertragbarkeit von Krankenversicherungen und zur Rechenschaftspflicht der Krankenversicherer (HIPAA) sowie der Gesetzesordnung des US-Bundesstaats New York entspricht. Auf der Internetseite von Healthix unter www.healthix.org erfahren Sie mehr.

Meine Wahl auf diesem Formular wird meine Möglichkeit, medizinische Versorgung zu erhalten, NICHT beeinträchtigen. Meine Wahl auf diesem Formular wird es Krankenversicherungen NICHT ermöglichen, auf meine Daten zuzugreifen, um darüber zu entscheiden, ob mir Versicherungsschutz gewährt wird oder meine medizinischen Kosten übernommen werden.

Meine Zustimmungsoption. Links neben meiner gewählten Option wird EIN Kästchen angekreuzt. Ich kann dieses Formular jetzt oder in der Zukunft ausfüllen. Ich kann mich außerdem jederzeit durch Ausfüllen eines neuen Formulars anders entscheiden.
<input type="checkbox"/> 1. ICH ERTEILE MEINE ZUSTIMMUNG , dass [Name of Provider Organization] auf ALLE Gesundheitsdaten zu meiner Person über Healthix zugreift, um medizinische Versorgung zur Verfügung zu stellen.
<input type="checkbox"/> 2. ICH VERWEIGERE MEINE ZUSTIMMUNG , dass [Name of Provider Organization] zu jeglichem Zweck auf Gesundheitsdaten zu meiner Person über Healthix zugreift.

Wenn ich meine Zustimmung verweigern will, dass jegliche Dienstleisterorganisationen und Krankenkassen, die an Healthix teilnehmen, auf elektronische Gesundheitsdaten zu meiner Person über Healthix zugreifen, kann ich dies auf der Website von Healthix unter www.healthix.org oder per Telefon unter 877-695-4749 vornehmen.

Meine Fragen zu diesem Formular wurden beantwortet, und ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

Unterschrift des Patienten/der Patientin oder dessen/deren gesetzlichen Vertreters	Datum
Name des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)	Beziehung des gesetzlichen Vertreters zum Patienten (falls zu

Einzelheiten zu den Informationen, auf die über Healthix zugegriffen wird und dem Zustimmungsprozess:

1. **Wie Ihre Informationen eventuell verwendet werden.** Ihre elektronischen Gesundheitsdaten werden **nur** für die folgenden Gesundheitsfürsorgedienstleistungen verwendet:
 - **Behandlungsdienstleistungen.** Stellt Ihnen medizinische Behandlung und damit verbundene Dienstleistungen zur Verfügung.
 - **Überprüfung der Versicherungsberechtigung.** Überprüfen Sie, ob Sie eine Krankenversicherung haben und welche Leistungen der Versicherungsschutz umfasst.
 - **Pflegeverwaltungsmaßnahmen.** Zu diesen gehören, z. B. Unterstützung für Sie, angemessene medizinische Versorgung zu erhalten, die qualitative Verbesserung der Ihnen gebotenen Dienstleistungen, die Koordination der Zurverfügungstellung mehrerer Gesundheitsfürsorgedienstleistungen für Sie oder Unterstützung, einem medizinischen Versorgungsplan zu folgen.
 - **Qualitative Verbesserungsmaßnahmen.** Die Qualität der Ihnen und allen Patienten zur Verfügung gestellten medizinischen Versorgung zu beurteilen und zu verbessern.

2. **Welche Arten der Information zu Ihrer Person sind inbegriffen?** Wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen, kann/können die Dienstleisterorganisation/en auf JEGLICHE elektronische Gesundheitsdaten zu Ihrer Person durch Healthix zugreifen. Dazu gehören Informationen, die vor und nach dem Datum der Unterschrift dieses Formulars erstellt wurden- Ihre Patientenakte kann eventuell den Verlauf von Krankheiten oder Verletzungen, die Sie hatten (so z. B. Diabetes oder einen Knochenbruch), Untersuchungsergebnisse (wie z. B. Röntgenaufnahmen oder Blutuntersuchungen) sowie eine Liste der Medikamente die Sie eingenommen haben, umfassen. Diese Daten können folgende vertrauliche gesundheitsbezogene Umstände umfassen, sind allerdings nicht beschränkt darauf:

<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol- oder Drogenmissbrauch und Diagnosen • Schwangerschaftsverhütung und Abtreibung (Familienplanung) • Erbkrankheiten oder entsprechende Tests • HIV/AIDS-Erkrankungen • Psychische Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechtskrankheiten • Medikamente und Dosierungen • Diagnoseinformationen • Allergien • Zusammenfassungen der Substanzmittelmissbrauchsgeschichte • Klinische Eintragungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassungsbriefe • Angaben zur Beschäftigung • Lebensverhältnisse • Soziales Umfeld • Daten zu Leistungsfällen • Labortests
---	--	---

3. **Aus welchen Quellen werden die Gesundheitsdaten zu Ihrer Person bezogen.** Informationen zu Ihrer Person werden von Stellen bezogen, die Ihnen medizinische Versorgung oder Krankenversicherung zur Verfügung gestellt haben. Dazu können gehören: Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken, klinische Labors, Krankenversicherungen, das Medicaid-Programm sowie andere Organisationen, die Gesundheitsdaten auf elektronischem Weg austauschen. Eine vollständige und aktuelle Liste ist von Healthix erhältlich. Sie können eine aktualisierte Liste jederzeit auf der Internetseite von Healthix unter www.healthix.org oder telefonisch unter 877-695-4749 erhalten.

4. **Wer auf Ihre Daten zugreifen kann - falls Sie Ihre Zustimmung erteilen.** Ausschließlich Ärzte oder andere Mitarbeiter der Organisation/en, denen Sie Ihre Zustimmung zum Zugriff erteilt haben und die durch dieses Formular gestattete Aktivitäten, wie oben in Punkt Eins beschrieben, ausführen.

5. **Zugriff durch öffentliche Gesundheits- und Organbeschaffungsorganisationen.** Bundes-, bundesstaatliche oder örtliche Gesundheitsbehörden und bestimmte Organbeschaffungsorganisationen sind rechtlich befugt, zu bestimmten Zwecken betreffend öffentlicher Gesundheit und Organtransplantation auf Gesundheitsdaten ohne die Zustimmung eines Patienten zuzugreifen. Diese Einrichtungen können auf Ihre Healthix-Daten zu diesen Zwecken zugreifen, unabhängig davon, ob Sie Ihre Zustimmung erteilen, diese verweigern auch kein Zustimmungsfeld ausfüllen.

6. **Strafmaßnahmen für unrechtmäßigen Zugriff bzw. unrechtmäßige Verwendung Ihrer Daten.** Für unangemessenen Zugriff oder unangemessene Verwendung Ihrer elektronischen Gesundheitsdaten werden Strafmaßnahmen verhängt. Falls Sie zu irgendeinem Zeitpunkt vermuten, dass jemand, der Ihre Informationen nicht einsehen und darauf zugreifen darf, dies dennoch getan, rufen Sie bitte die [Provider Organization] unter: _____ an, besuchen Sie die Internetseite von Healthix unter www.healthix.com oder rufen Sie das Gesundheitsministerium des US-Bundesstaats New York unter 518-474-4987 an, oder folgen Sie dem Beschwerdeverfahren des Bundesamts für Bürgerrechte mittels folgendem Link: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

7. **Wiederoffenlegung von Daten.** Jegliche Organisation/en, denen Sie Ihre Zustimmung für den Zugriff auf Ihre Gesundheitsinformationen erteilt haben, kann Ihre Gesundheitsdaten wieder offenlegen, jedoch nur soweit es durch bundesstaatliche und Bundesgesetze und -Vorschriften gestattet ist. Auf Daten in Verbindung mit der Behandlung von Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch oder vertrauliche Informationen in Verbindung mit HIV kann nur zugegriffen werden bzw. dürfen diese Daten nur wieder offengelegt werden, wenn Sie von den erforderlichen Erklärungen betreffend Wiederoffenlegungsverbot begleitet werden.

8. **Wirkungszeitraum.** Dieses Zustimmungsfeld bleibt bis wirksam bis zu dem Tag, an dem Sie Ihre Entscheidung ändern, Sie versterben oder bis Healthix seinen Betrieb einstellt. Wenn sich Healthix mit einer anderen qualifizierten Körperschaft zusammenschließt, bleibt Ihre Zustimmung bzw. Nichtzustimmung auch bei der neu gebildeten Körperschaft wirksam.

9. **Änderung der Wahlmöglichkeit der Zustimmung.** Sie können Ihre Wahlmöglichkeit der Zustimmung jederzeit und für jede Dienstleisterorganisation oder Krankenkasse ändern, in dem Sie ein neues Zustimmungsfeld mit ihrer neuen Wahl einreichen. Organisationen, die auf Ihre Gesundheitsdaten über Healthix zugreifen, während Ihre Zustimmung wirksam ist, können Ihre Daten in Ihre eigenen Patientenakten kopieren oder in diese einfügen. Selbst, wenn Sie sich später dazu entscheiden, Ihre Zustimmungentscheidung zu ändern, wird von diesen nicht verlangt, Ihre Daten zurückzugeben oder sie aus ihren Unterlagen zu entfernen.

10. **Formularkopie.** Sie sind dazu berechtigt, eine Kopie dieses Zustimmungsfelds zu erhalten.