

Вниманию наших пациентов!

В соответствии с федеральными правилами конфиденциальности вы имеете право потребовать ограничить использование и раскрытие вашей медицинской информации. Вот некоторые моменты, которые вы должны знать об этом праве и о том, как организация PeaceHealth исполняет его:

- За исключением ограничений на раскрытие информации вашему плану медицинского обслуживания, как описано ниже, PeaceHealth не обязана выполнять ваш запрос на ограничение.
- Согласно закону, PeaceHealth обязана раскрывать информацию пациента *без вашего письменного разрешения* различным учреждениям штата, федеральным и прочим учреждениям для различных целей (полное описание см. в Совместном уведомлении PeaceHealth о порядке использования конфиденциальной информации (PeaceHealth Joint Notice of Privacy Practices)). Мы не можем выполнить запрос на полное ограничение раскрытия или получать ваше разрешение перед раскрытием какой-либо информации о вашем здоровье.
- Иными словами, PeaceHealth не согласится соблюдать ограничение, если не будет абсолютно уверена в том, что сможет придерживаться ограничения в соответствии с вашим запросом. Многие запросы на ограничение отклоняются исходя из практических соображений.
- У вас есть право потребовать ограничения на раскрытие информации вашему плану медицинского обслуживания об услугах или изделиях, которые вы лично полностью оплатили «из своего кармана». PeaceHealth обязана соблюдать такой тип запроса. Тем не менее:
 - Вы обязаны лично оплатить полную стоимость медицинского изделия или услуги.
 - Поскольку расходы на стационарное лечение в больницах оплачиваются планом медицинского обслуживания не так, как другие медицинские услуги (обычно это единовременная выплата в зависимости от вашего диагноза), нецелесообразно скрывать от вашего плана медицинского обслуживания информацию о конкретной услуге или изделии. Если вы хотите ограничить раскрытие информации вашему плану медицинского обслуживания об изделии или услуге, предоставленных вам во время стационарного лечения в больнице, вы должны полностью оплатить свое пребывание в больнице.



Запрос на ограничение использования и раскрытия охраняемой медицинской информации

- Если вы полностью оплатите диагностическую услугу, такую как лабораторный тест или рентгенологическое исследование, и запросите ограничение на раскрытие информации вашему плану медицинского обслуживания, мы, безусловно, не отправим вашему плану медицинского обслуживания заявку на возмещение расходов. Однако возможно, что ваш лечащий врач должен будет представить результаты диагностики в ваш план медицинского обслуживания, чтобы получить возмещение за свои услуги. Вы должны связаться с офисом своего поставщика напрямую, чтобы запросить ограничение.

Дата получения НИМ или PFS: _____

Фамилия:	Имя:	Среднее имя:
Адрес:	Телефон:	
Город, штат, почтовый индекс:	Дата рождения:	

Я прошу применить следующее ограничение к моей охраняемой медицинской информации:

- Использование информации лицами или организациями или раскрытие информации им (кроме раскрытия моему плану медицинского обслуживания), как описано ниже.

Подлежащая ограничению информация:

Лица, которым запрещено использовать или раскрывать мою охраняемую медицинскую информацию:

Действие ограничения: (с) _____ (по) _____

- Раскрытие информации моему плану медицинского обслуживания об изделиях или услугах, которые я лично оплачиваю полностью «из своего кармана» (отмечая данный пункт, я понимаю, что несу финансовую ответственность за изделия или услуги, связанные с этим запросом).

Описание изделия или услуги:

Даты услуг:	Номер счета:
-------------	--------------



**Запрос на ограничение использования
и раскрытия охраняемой медицинской
информации**

Я понимаю и согласен (согласна) с тем, что, если я подаю запрос на ограничение раскрытия информации моему плану медицинского обслуживания, я должен (должна) полностью оплатить указанные услуги.

Подпись пациента / лица, уполномоченного
расписываться за пациента
(и кем данное лицо приходится пациенту)

Дата

Время

FOR PEACEHEALTH USE ONLY Routing: Restrictions on disclosures to health plans – HIM; all others to Regional Privacy Officer

Restriction Accepted

Scan to RST-AD

Restriction Denied

Scan to RSTDEN

Patient/Personal Representative notified of restriction decision by:

Signature

Title

Date

Time

Patient Identification

SYS1000-R (04/14/20)

PeaceHealth
**Request for Restriction of Protected Health
Information - Russian**
Page 3 of 3