

**Island Digestive Health Center, LLC**  
**Zgoda pacjenta i potwierdzenie otrzymania informacji**  
**o praktykach w zakresie ochrony prywatności**  
**dotyczących wykorzystania i/lub ujawniania chronionych informacji**  
**o stanie zdrowia w celu realizacji leczenia, płatności i świadczenia**  
**opieki zdrowotnej**

<Patient name> niniejszym oświadcza, że podpisując niniejszą Zgodę, wyraża zgodę i przyjmuje do wiadomości co następuje:

1. Zanim podpisałem/podpisałam niniejszą Zgodę, przekazano mi Informację o praktykach w zakresie ochrony prywatności (zwaną dalej „Informacją na temat ochrony prywatności”) dotyczącą Island Digestive Health Center, LLC (zwanej dalej „Ośrodkiem”). Informacja na temat ochrony prywatności zawiera opis dopuszczalnych sposobów wykorzystania i/lub ujawniania przez Ośrodek dotyczących mnie chronionych informacji o stanie zdrowia (określanych dalej angielskim skrótem „PHI” [Protected Health Information]). Rozumiem, że egzemplarz Informacji na temat ochrony prywatności zostanie udostępniony mi w przyszłości na żądanie. Ośrodek zachęcał mnie do uważnego zapoznania się z Informacją na temat ochrony prywatności przed podpisaniem Zgody. Ośrodek zastrzega sobie prawo zmiany stosowanych przez siebie praktyk z zakresu ochrony prywatności, które zostały opisane w tej Informacji na temat ochrony prywatności, zgodnie z przepisami obowiązującego prawa.
2. Rozumiem i wyrażam zgodę na to, że Ośrodek będzie przypominał mi o umówionych wizytach na następujące sposoby:
  - a. w formie pocztówki wysyłanej na podany przeze mnie adres i/lub
  - b. dzwoniąc do mojego domu i nagrywając wiadomość na sekretarkę automatyczną.
3. Rozumiem, że jeżeli nie podpiszę niniejszej Zgody, potwierdzając moją zgodę na wykorzystanie i ujawnianie danych zgodnie z treścią Informacji na temat ochrony prywatności, Ośrodek nie będzie mnie leczył.

**Zapoznałem/Zapoznałam się z powyższą informacją i rozumiem ją, a oprócz tego udzielono mi satysfakcjonujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi na moje pytania.**

Podpis\_pacjenta lub przedstawiciela prawnego

<Patient\_Sig>

Podpis\_świadka

<Witness\_Sig>

**WYPEŁNIA OŚRODEK**

Brak możliwości uzyskania potwierdzenia

Wypełniać tylko jeżeli nie uzyskano podpisu. Jeżeli nie można uzyskać od pacjenta potwierdzenia, należy opisać podejmowane w dobrej wierze starania mające na celu uzyskanie potwierdzenia od pacjenta, jak również wskazać powody nieuzyskania potwierdzenia:

---

---

---

---

Podpis przedstawiciela Ośrodka: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko przedstawiciela Ośrodka (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_