Polish

# 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:_____

# INFORMACJA O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI

**Island Digestive Health Center, LLC**

Data wejścia w życie: 6 marca 2014 r.

W TEJ INFORMACJI OPISANO, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE DOTYCZĄCE PAŃSTWA STANU ZDROWIA MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE ORAZ W JAKI SPOSÓB MOŻNA UZYSKAĆ DOSTĘP DO TYCH INFORMACJI. **PROSIMY O UWAŻNE ZAPOZNANIE SIĘ Z TĄ INFORMACJĄ.**

**Niniejsza Informacja dotyczy następujących podmiotów:**

- Island Digestive Health Center, LLC (zwana dalej „Ośrodkiem")
- **Suffolk Anesthesia Services**

**UWAGA:** Niezależni świadczeniodawcy usług medycznych zapewniający Państwu opiekę lub leczenie w Ośrodku (np. chirurdzy, anestezjolodzy, radiolodzy, patolodzy) będą przestrzegać postanowień niniejszej Informacji w odniesieniu do dotyczących Państwa chronionych informacji o stanie zdrowia w zakresie dotyczącym opieki lub leczenia udzielonych Państwu w Ośrodku. Tego rodzaju niezależni świadczeniodawcy mogą również wykorzystywać i ujawniać chronione informacje o stanie zdrowia na Państwa temat w zakresie opieki lub leczenia udzielonych Państwu w Ośrodku w celach określonych w niniejszej Informacji (np. na potrzeby realizacji ich własnych czynności dotyczących płatności) oraz w tym samym zakresie, w jakim Ośrodek może ich używać lub ujawniać je na mocy postanowień niniejszej Informacji. Tego rodzaju niezależni świadczeniodawcy mogą jednakże stosować inne polityki lub zasady dotyczące wykorzystania i ujawniania informacji medycznych znajdujących się w ich posiadaniu i dotyczących opieki lub leczenia udzielonych Państwu poza Ośrodkiem. Należy pamiętać, że tego rodzaju niezależni świadczeniodawcy nie są ani pracownikami, ani przedstawicielami Ośrodka, natomiast zostali włączeni w zakres niniejszej Informacji, aby umożliwić przystępne wyjaśnienie Państwu przysługujących Państwu praw dotyczących ochrony prywatności chronionych informacji o stanie zdrowia w zakresie dotyczącym opieki lub leczenia udzielonych Państwu w Ośrodku.

Jeżeli mają Państwo jakiekolwiek pytania dotyczące tej informacji lub potrzebują Państwo dodatkowych szczegółów, zachęcamy do kontaktu z naszym Specjalistą ds. ochrony prywatności pod numerem 631-376-2260. Pisemne wnioski należy kierować do:

**Island Digestive Health Center, LLC**
Attn: Privacy Officer
471 Montauk Hwy
West Islip, New York 11795

## NASZE ZOBOWIĄZANIE DOTYCZĄCE OCHRONY PAŃSTWA CHRONIONYCH INFORMACJI O STANIE ZDROWIA:

Prywatność dotyczących Państwa chronionych informacji o stanie zdrowia (określanych angielskim skrótem „PHI" [Protected Health Information]) jest dla nas ważna. W niniejszej informacji wyjaśnimy, w jaki sposób wykorzystujemy i ujawniamy dotyczące Państwa PHI. W tej informacji opisano również przysługujące Państwu prawa dotyczące gromadzonych i przechowywanych przez nas PHI, jak również opisano niektóre nasze obowiązki w odniesieniu do wykorzystywania i ujawniania dotyczących Państwa PHI.

Przepisy prawa nakładają na nas następujące obowiązki:

1. ochrona prywatności dotyczących Państwa PHI;

2. przekazanie Państwu tej informacji określającej nasze obowiązki prawne, praktyki dotyczące ochrony prywatności oraz przysługujące Państwu prawa w odniesieniu do gromadzonych i przechowywanych przez nas PHI;

3. powiadomienie Państwa o wykrytych przypadkach naruszenia dotyczących Państwa PHI, które nie zostały zabezpieczone zgodnie z wytycznymi federalnymi; oraz

4. przestrzeganie postanowień obowiązującej Informacji o praktykach w zakresie ochrony prywatności.

**PRZYSŁUGUJĄCE PAŃSTWU PRAWA DOTYCZĄCE OCHRONY PAŃSTWA CHRONIONYCH INFORMACJI O STANIE ZDROWIA:**

W odniesieniu do dotyczących Państwa PHI przysługują Państwu następujące prawa:

1. **Prawo wglądu i kopiowania:** Mają Państwo praw od wglądu i kopiowania wszystkich lub dowolnej części Państwa dokumentacji medycznej lub zdrowotnej, zgodnie z przepisami federalnymi. Mogą Państwo zwrócić się z wnioskiem o wydanie kopii elektronicznej dotyczących Państwa PHI, jeżeli przechowujemy Państwa PHI w dokumentacji elektronicznej.

Aby uzyskać wgląd i kopiować dotyczące Państwa PHI, muszą Państwo złożyć wniosek na piśmie do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji. Jeżeli zwrócą się Państwo z wnioskiem o wydanie kopii dotyczących Państwa PHI, możemy naliczyć uzasadnioną, pokrywającą poniesione koszty opłatę zgodnie z przepisami prawa stanowego, która pokryje koszty związane z realizacją Państwa wniosku.

W określonych ograniczonych okolicznościach możemy odrzucić Państwa wniosek.

2. **Prawo do poprawiania:** Mają Państwo prawo złożyć wniosek o poprawienie dotyczących Państwa PHI lub dokumentacji medycznej lub zdrowotnej, jeżeli uważają Państwo, że posiadane przez nas informacje na Państwa temat są nieprawidłowe lub niekompletne. Mają Państwo prawo składać wnioski o wprowadzenie poprawek tak długo, jak długo będziemy przechowywać informacje. Aby złożyć wniosek o wprowadzenie poprawki należy sporządzić wniosek na piśmie, złożyć go do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności na adres wymieniony na pierwszej stronie niniejszej informacji i muszą Państwo uzasadnić składany wniosek o wprowadzenie poprawki. W określonych ograniczonych okolicznościach możemy odrzucić Państwa wniosek.

3. **Prawo do uzyskania listy ujawnień:** Mają Państwo prawo domagać się listy wszystkich ujawnień dotyczących Państwa PHI, z wyjątkiem ujawnień realizowanych na potrzeby leczenia, płatności, świadczeń zdrowotnych oraz określonych innych celów, nawet jeżeli ujawnień tego rodzaju dokonano w formie papierowej lub innej dokumentacji medycznej, która nie jest prowadzona w formie elektronicznej, zgodnie z przepisami prawa federalnego. Jeżeli zwrócą się Państwo z wnioskiem o przekazanie listy dotyczących Państwa PHI, lista taka może obejmować ujawnienia zrealizowane na potrzeby leczenia, płatności oraz świadczeń zdrowotnych w zakresie, w jakim tego rodzaju ujawnienia zrealizowano za pośrednictwem elektronicznego systemu dokumentacji zdrowotnej.

Aby złożyć wniosek o przekazanie listy ujawnień, muszą Państwo złożyć wniosek na piśmie do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji. W Państwa wniosku musi zostać podany okres, który nie może być dłuższy niż 6 lat i nie może obejmować terminów przed 14 kwietnia 2003 roku. Pierwsza lista, o wydanie której będą Państwo wnioskować w ciągu 12 miesięcy, będzie darmowa. Z tytułu dodatkowych list możemy obciążyć Państwa kosztami sporządzenia listy. Powiadomimy Państwa o odnośnym koszcie i mogą Państwo zdecydować się wycofać lub zmodyfikować złożony wniosek przed poniesieniem jakichkolwiek kosztów.

4. **Prawo do zarządzania wprowadzenia ograniczeń:** Mają Państwo prawo zażądać wprowadzenia ograniczeń wykorzystania i ujawniania dotyczących Państwa PHI. Mają Państwo prawo zażądać wprowadzenia ograniczeń wykorzystania i ujawniania dotyczących Państwa PHI osobom, które są zaangażowane w udzielanie Państwu opieki lub realizację płatności z tytułu udzielonej Państwu opieki, na przykład członkom rodziny lub znajomym. Mogą Państwo na przykład wnioskować o ograniczenie prawa określonej pielęgniarki do korzystania z dotyczących Państwa PHI lub też o to, abyśmy nie przekazywali Państwa małżonkowi lub małżonce informacji o przebytym przez Państwa zabiegu chirurgicznym.

Jeżeli opłacą Państwo świadczenie w całości z własnych środków, mogą Państwo zawnioskować o zastrzeżenie informacji o świadczeniu i nieprzekazywanie ich płatnikom zewnętrznym w celu opłacenia lub udzielania świadczeń zdrowotnych. Przepisy prawa zobowiązują nas do uszanowania takiego żądania.

Aby złożyć wniosek o ograniczenie użycia i ujawnienia dotyczących Państwa PHI, muszą Państwo złożyć wniosek na piśmie do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji. W swoim wniosku należy wskazać informacje, które chcą Państwo ograniczyć oraz kto ma być objęty tym ograniczeniem. Powiadomimy Państwa o naszej decyzji dotyczącej nałożenia wnioskowanego przez Państwa ograniczenia. Jeżeli zgodzimy się na wprowadzenie wnioskowanego ograniczenia, Państwa żądanie będzie respektowane, jeżeli te informacje nie będą konieczne do udzielenia Państwu pomocy w nagłym przypadku.

5. **Prawo do otrzymywania informacji poufnych:** Przysługuje Państwu prawo wnioskowania o przekazywanie Państwu dotyczących Państwa PHI w określony sposób lub też przekazywanie tego rodzaju informacji pod wskazany adres. Mogą Państwo na przykład prosić o to, abyśmy kontaktowali się z Państwem tylko w pracy lub drogą pocztową pod adresem skrzynki pocztowej.

Aby złożyć wniosek o przekazanie informacji poufnych, muszą Państwo złożyć wniosek na piśmie do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji. W Państwa wniosku musi zostać określony sposób oraz miejsce wnioskowanego kontaktu.

6. **Prawo do otrzymania papierowego egzemplarza tej Informacji:** Przysługuje Państwu prawo do otrzymania papierowego egzemplarza niniejszej informacji w dowolnym momencie po złożeniu odpowiedniego wniosku. W momencie udzielenia pierwszego świadczenia mamy obowiązek przekazać Państwu papierowy egzemplarz niniejszej informacji. Aby uzyskać egzemplarz tej informacji w jakimkolwiek innym momencie, muszą Państwo złożyć wniosek do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji.

7. **Prawo odwołania zgody:** Jeżeli sporządzą Państwo jakiekolwiek zgody na korzystanie i ujawnianie dotyczących Państwa PHI, mają Państwo prawo odwołać takie zgody, oprócz zakresu, w jakim działania zostały już podjęte na podstawie takiej zgody.

## SPOSÓB, W JAKI MOŻEMY UŻYWAĆ I UJAWNIAĆ DOTYCZĄCE PAŃSTWA CHRONIONE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA BEZ PAŃSTWA ZGODY:

Poniższe kategorie opisują różne sposoby, w które możemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa PHI bez Państwa zgody.

1. **Na potrzeby leczenia:** Możemy wykorzystać dotyczące Państwa PHI na potrzeby świadczenia Państwu świadczeń zdrowotnych lub innych usług. Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI innym lekarzom, pielęgniarkom, technikom, studentom nauk o zdrowiu i innym osobom, które są zaangażowane w świadczenie Państwu opieki. Na przykład inny lekarz leczący Państwa złamaną nogę może musieć uzyskać informacje o Państwa cukrzycy, ponieważ może ona spowalniać proces leczenia.

2. **Na potrzeby płatności:** Możemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa PHI, tak aby leczenie i usługi, które mogą Państwo od nas uzyskać, mogły zostać zafakturowane i abyśmy mogli pobrać płatność od Państwa, towarzystwa ubezpieczeniowego lub osoby trzeciej. Na przykład możemy musieć przekazać Państwa ubezpieczycielowi zdrowotnemu informacje na temat Państwa wizyty w naszej placówce, tak aby ubezpieczyciel mógł nam zapłacić lub zwrócić Państwu koszty wizyty. Możemy również poinformować Państwa ubezpieczyciela zdrowotnego o leczeniu, któremu zostaną Państwo poddani, aby uzyskać wcześniejszą zgodę lub określić, czy Państwa ubezpieczyciel pokryje koszty leczenia.

3. **Na potrzeby działalności leczniczej:** Możemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa PHI na potrzeby działalności prowadzonej przez naszą placówkę. Na przykład możemy wykorzystać informacje dotyczące stanu zdrowia do weryfikacji naszych świadczeń leczniczych i innych usług oraz aby ocenić związaną z udzieloną Państwu opieką pracę naszego zespołu.

4. **Na potrzeby badawcze:** Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI na potrzeby prowadzonych badań naukowych. Będziemy ujawniać dotyczące Państwa PHI na potrzeby prowadzonych badań naukowych za Państwa wyraźną zgodą lub jeżeli protokół badania został zatwierdzony przez wewnętrzną komisję bioetyczną, która zweryfikowała projekt eksperymentu i ustanowiła odpowiednie zasady gwarantujące ochronę poufności dotyczących Państwa PHI.

5. **W przypadkach wymaganych przez prawo:** Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI, jeżeli będą od nas tego wymagać przepisy prawa federalnego, stanowego lub miejscowego.

6. **Aby uniknąć poważnego zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa:** Możemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa PHI jeżeli będzie to konieczne w celu zapobieżenia poważnemu zagrożeniu dla Państwa zdrowia lub bezpieczeństwa lub też zdrowia i bezpieczeństwa publicznego lub innej osoby.

7. **Wojskowi i weterani:** Jeżeli są Państwo członkami sił zbrojnych lub zakończyli Państwo służbę wojskową/zostali zwolnieni ze służby wojskowej, możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI zgodnie z wymogami dowództwa wojskowego lub też Departamentu ds. Weteranów, w zależności od okoliczności. Możemy również ujawniać informacje zdrowotne dotyczące zagranicznego personelu wojskowego odpowiednim zagranicznym władzom wojskowym.

8. **Wynagrodzenie pracownicze:** Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI w zakresie dozwolonym oraz zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi wynagrodzeń pracowniczych i podobnych programów ustanowionych na mocy przepisów prawa, które zapewniają świadczenia z tytułu chorób zawodowych i urazów, niezależnie od winy.

9. **Działania z zakresu zdrowia publicznego:** Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI na potrzeby działań z zakresu zdrowia publicznego. Działania te zasadniczo obejmują:

- zapobieganie i leczenie chorób, urazów lub niepełnosprawności;
- zgłaszanie urodzin i zgonów;
- zgłaszanie przypadków znęcania się nad dziećmi lub ich zaniedbywania;
- zgłaszanie reakcji na leki lub problemów z produktami;
- powiadamianie ludzi o wycofaniu używanych przez nich produktów;
- powiadamianie osób lub organizacji, które muszą otrzymywać informacje dotyczące produktów regulowanych przez FDA; oraz
- powiadamianie osób, które zostały narażone na chorobę lub też mogą być narażone na ryzyko zarażenia się lub rozprzestrzeniania choroby lub innego schorzenia.

10. **Działania z zakresu nadzoru zdrowotnego:** Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI agencjom nadzorczym służby zdrowia na potrzeby działań dopuszczonych na mocy przepisów prawa. Działania nadzorcze obejmują na przykład audyty, czynności wyjaśniające, kontrole i zatwierdzanie. Działania te są niezbędne do tego, aby rząd mógł monitorować system opieki zdrowotnej, programy rządowe oraz przestrzeganie praw obywatelskich.

11. **Postępowania sądowe i spory:** Jeżeli biorą Państwo udział w sporze sądowym lub sporze, możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI w odpowiedzi na zarządzenie sądowe lub administracyjne. Możemy również ujawnić dotyczące Państwa PHI w odpowiedzi na wezwanie sądowe, przedprocesowy wniosek o ujawnienie dowodów lub inne zgodne z prawem żądania kierowane przez drugą stronę sporu, ale tylko jeżeli podjęto starania mające na celu poinformowanie Państwa o wniosku lub uzyskanie nakazu zabezpieczającego objęte wnioskiem informacje.

12. **Czynności organów porządkowych:** Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI przedstawicielom organów porządkowych na potrzeby związane z utrzymaniem porządku, w tym w szczególności:

- na potrzeby zgłaszania określonych urazów, których zgłaszanie jest wymagane przepisami prawa, rany postrzałowe, oparzenia, rany zadane osobom popełniającym przestępstwa;
- w odpowiedzi na nakaz sądowy, wezwanie do sądu, nakaz prokuratorski, wezwanie lub w ramach podobnych czynności;

- w celu identyfikacji lub odnalezienia podejrzanych, zbiegów, istotnych świadków lub osób zaginionych;
- informacje dotyczące ofiar przestępstw, jeżeli ofiara wyrazi zgodę na ujawnienie oraz w określonych ograniczonych okolicznościach, jeżeli nie jesteśmy w stanie uzyskać zgody tej osoby;
- informacje dotyczące zgonu, który naszym zdaniem może wynikać z popełnionego przestępstwa;
- informacje o czynach noszących znamiona przestępstwa popełnionych w naszej placówce; oraz
- w wyjątkowych okolicznościach w celu zgłoszenia przestępstwa; miejsca popełnienia przestępstwa lub miejsca przebywania ofiar lub też tożsamości, opisu lub miejsca przebywania osoby, która popełniła przestępstwo.

13. **Dawstwo narządów i tkanek:** Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI organizacjom zaangażowanym w proces pozyskiwania, przechowywania lub przeszczepiania od zmarłych dawców narządów, oczu lub tkanek, w celu ułatwienia dawstwa narządów i tkanek.

14. **Znęcenie, zaniedbanie i przemoc domowa:** Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI odpowiednim organom rządowym, jeżeli będziemy mieć uzasadnione podejrzenia dotyczące tego, że mogą Państwo być ofiarą znęcania się, zaniedbania lub przemocy domowej. Ujawnimy te informacje, tylko jeżeli wyrażą Państwo zgodę lub jeżeli będzie to wymagane przepisami prawa.

15. **Koronerzy, orzecznicy medyczni oraz przedsiębiorcy pogrzebowi:** Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI koronerowi lub orzecznikowi medycznemu. Może być to konieczne na przykład w celu zidentyfikowania osoby zmarłej lub określenia przyczyny zgonu. Możemy również ujawnić dotyczące Państwa PHI przedsiębiorcom pogrzebowym w zakresie koniecznym do realizacji ich obowiązków.

16. **Działania dotyczące bezpieczeństwa narodowego i działalności wywiadowczej:** Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI upoważnionym przedstawicielom organów federalnych w celach związanych z działalnością wywiadu, kontrwywiadu oraz innych dopuszczalnych prawem działań dotyczących bezpieczeństwa narodowego lub w celu świadczenia usług ochrony Prezydenta lub głów innych państw.

17. **Osadzeni:** Jeżeli zostali Państwo osadzeni w zakładzie karnym lub w pieczy funkcjonariusza, możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI zakładowi karnemu lub funkcjonariuszowi. Ujawnienie to może być konieczne (a) aby instytucja mogła zapewnić Państwu opiekę zdrowotną; (b) w celu ochrony Państwa zdrowia i bezpieczeństwa lub też zdrowia i bezpieczeństwa innych osób; lub (c) na potrzeby bezpieczeństwa zakładu karnego.

**PRZYKŁADY INNYCH DOPUSZCZALNYCH LUB WYMAGANYCH UJAWNIEŃ DOTYCZĄCYCH PAŃSTWA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA BEZ PAŃSTWA ZGODY:**

1. **Partnerzy biznesowi:** Niektóre z naszych usług mogą być świadczone w naszym imieniu na podstawie umów z partnerami biznesowymi. Przykłady sytuacji, w której możemy korzystać z usług partnera biznesowego, to kodowanie i składanie roszczeń przez zewnętrzną firmę zajmującą się rozliczeniami, działania z zakresu konsultacji i zapewniania jakości prowadzone przez zewnętrznego konsultanta, kontrole dotyczące rozliczeń i kodowania prowadzone przez zewnętrznego audytora oraz inne usługi prawne i konsultingowe świadczone w odpowiedzi na pojawiające się czasami problemy dotyczące rozliczeń lub refundacji. Zawierając umowy na świadczenie tego rodzaju usług, możemy być zmuszeni ujawniać dotyczące Państwa PHI naszemu partnerowi biznesowemu, tak aby mógł świadczyć zamówione usługi. Niemniej jednak, aby chronić dotyczące Państwa PHI, nasz partner biznesowy będzie musiał odpowiednio zabezpieczyć Państwa informacje.

2. **Powiadomienia:** Możemy używać lub ujawniać dotyczące Państwa PHI w celu powiadomienia lub ułatwienia powiadomienia członka rodziny, pełnomocnika, bliskiego znajomego lub innej osoby odpowiedzialnej za świadczoną Państwu opiekę o miejscu Państwa przebywania i stanie ogólnym. **Nie będziemy ujawniać dotyczących Państwa PHI członkom rodziny, pełnomocnikom ani bliskim znajomym w sposób opisany w niniejszej części, jeżeli wyrażą Państwo sprzeciw wobec takiego ujawnienia. Jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na tego rodzaju ujawnienia, należy powiadomić o tym naszego Specjalistę ds. ochrony prywatności.**

3. **Kontakty z członkami rodziny:** Pracownicy służby zdrowia, w tym osoby zatrudnione przez nas lub będące naszymi wykonawcami mogą ujawniać członkom rodziny, innym krewnym, bliskim znajomym lub innym

wskazanym przez Państwa osobom informacje o stanie zdrowia dotyczące zaangażowania tej osoby w Państwa opiekę lub płatności związane z Państwa opieką, chyba że wyrażą Państwo sprzeciw wobec ujawnienia.

4. **Postępowanie niezgodne z prawem:** Prawo federalne zezwala na ujawnianie dotyczących Państwa PHI odpowiednim agencjom nadzorczym służby zdrowia, instytucjom nadzorującym ochronę zdrowia lub prawnikom, pod warunkiem, że członek personelu lub partner biznesowy w dobrej wierze uważa, że dopuściliśmy się niezgodnego z prawem zachowania lub też w inny sposób naruszyliśmy normy profesjonalne lub kliniczne i potencjalnie narażamy na niebezpieczeństwo jednego lub większą liczbę pacjentów, pracowników lub osób postronnych.

**NIE WOLNO NAM WYKORZYSTYWAĆ ANI UJAWNIAĆ INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PAŃSTWA STANU ZDROWIA W NASTĘPUJĄCYCH CELACH BEZ PAŃSTWA ZGODY:**

1. Musimy uzyskać Państwa zgodę na wykorzystanie lub ujawnienie dokumentacji z psychoterapii, chyba że dotyczy to leczenia, płatności lub działalności zdrowotnej lub też wymagają tego przepisy prawa, dopuszczają to działania nadzorcze służby zdrowia, koronerowi lub orzecznikowi medycznemu lub w celu zapobieżenia poważnemu zagrożeniu dla zdrowia lub bezpieczeństwa.

2. Musimy uzyskać zgodę na wykorzystanie lub ujawnianie dotyczących Państwa PHI na potrzeby komunikacji marketingowej dotyczącej produktu lub usługi, w ramach której zachęcamy Państwa do używania lub zakupu produktów lub usług, chyba że komunikacja ta ma charakter (a) komunikacji bezpośredniej lub (b) prezentu promocyjnego o symbolicznej wartości. Niemniej jednak nie musimy uzyskiwać Państwa zgody, aby wysyłać przypomnienia o konieczności odnowienia recept, informacji dotyczących przebiegu leczenia, informacji dotyczących leczenia lub koordynacji opieki, w celu opisu dostarczanych przez nas produktów związanych ze zdrowiem lub tego rodzaju usług lub też kontaktowania się z Państwem w kwestii alternatywnych metod leczenia. Musimy powiadomić Państwa, jeżeli działania marketingowe obejmują wynagrodzenie.

3. Musimy uzyskać zgodę na każdorazowe ujawnienie dotyczących Państwa PHI, które stanowi sprzedaż tego rodzaju PHI.

4. **Musimy uzyskać zgodę na wszystkie inne rodzaje wykorzystania i ujawnienia dotyczących Państwa PHI, które nie zostały opisane w niniejszej informacji.**

Jeżeli udzielą nam Państwo pisemnej zgody na wykorzystanie lub ujawnienie dotyczących Państwa PHI, mogą Państwo wycofać tę zgodę na piśmie w dowolnym momencie.

**ZMIANY TREŚCI NINIEJSZEJ INFORMACJI:**

Zastrzegamy sobie prawo wprowadzania zmian do stosowanych przez nas praktyk dotyczących ochrony prywatności oraz do treści niniejszej informacji. Jeżeli stosowane przez nas praktyki dotyczące ochrony prywatności zmienią się w istotnym zakresie, zmienimy treść niniejszej informacji i na żądanie udostępnimy egzemplarze zmienionej informacji. Zastrzegamy sobie prawo do wprowadzenia w życie zmienionych postanowień informacji dotyczącej ochrony prywatności w odniesieniu do dotyczących Państwa PHI, które znajdują się już w naszym posiadaniu, jak również innych otrzymanych w przyszłości PHI.

**SKŁADANIE SKARG:**

Jeżeli uważają Państwo, że doszło do naruszenia Państwa prawa do ochrony prywatności, mogą Państwo złożyć skargę u nas lub u Sekretarza Departamentu Zdrowia i Pomocy Społecznej Stanów Zjednoczonych. Aby złożyć na nas skargę, należy skontaktować się z naszym Specjalistą ds. ochrony prywatności pod numerem wskazanym na pierwszej stronie niniejszej Informacji. Wszystkie skargi należy składać na piśmie. **Z tytułu złożonej skargi nie będą podejmowane wobec Państwa żadne działania odwetowe.**

**POTWIERDZENIE OTRZYMANIA NINIEJSZEJ INFORMACJI:**

Poprosimy Państwa o podpisanie oddzielnego potwierdzenia otrzymania egzemplarza tej informacji. Jeżeli nie będą Państwo chcieli lub nie będą Państwo w stanie podpisać tej informacji, członek personelu podpisze się na niej swoim imieniem i nazwiskiem oraz opatrzy ją datą. Potwierdzenie to zostanie umieszczone w Państwa dokumentacji.

# OŚWIADCZENIE PACJENTA O PRZYJĘCIU ODPOWIEDZIALNOŚCI FINANSOWEJ

Ośrodek to „ambulatoryjny ośrodek chirurgiczny", wyspecjalizowany w zakresie gastroenterologii – nie są w nim przeprowadzane żadne inne zabiegi. Misją Ośrodka jest świadczenie wysokiej jakości specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i dążymy do tego, aby każdemu pacjentowi zapewnić najwyższy standard opieki i osobistego zainteresowania.

Należy pamiętać, że niektórzy lekarze przeprowadzający zabiegi mogą być bezpośrednimi udziałowcami ośrodka.

Aby zapewnić, że pacjenci rozumieją ciążące na nich zobowiązania finansowe i stosowane przez nas zasady płatności, prosimy o poświęcenie chwili na zapoznanie się z następującymi informacjami i omówienie wszelkich wątpliwości z naszym przedstawicielem ds. rozliczeń.

1. Opłaty, które naliczamy z tytułu świadczonych przez nas usług obejmują niespecjalistyczną składową przeprowadzanego u Państwa zabiegu, określane mianem opłaty „technicznej" lub „infrastrukturalnej", która obejmuje koszty obsługi placówki, w tym sprzętu, personelu, czynszu, materiałów itp. Otrzymają Państwo również oddzielny rachunek od lekarza za jego specjalistyczne usługi, znieczulenie i ewentualne usługi laboratoryjne czy histopatologiczne. Placówka, laboratorium, anestezjolodzy i lekarze to oddzielne podmioty, świadczące oddzielne usługi.
2. Aby ułatwić naszym pacjentom realizację tego procesu, roszczenia ubezpieczeniowe będą składane w imieniu pacjenta w towarzystwie ubezpieczeniowym wskazanym podczas rejestracji, jeżeli będziemy dysponować pełną nazwą i adresem towarzystwa ubezpieczeniowego, imieniem i nazwiskiem ubezpieczonego, numerem ubezpieczenia społecznego i datą urodzenia, jak również numerem grupy oraz wszelkimi innymi wymaganymi wcześniejszymi zgodami na przeprowadzenie danego zabiegu.
3. Wszystkie określone kwoty współpłatności muszą być opłacone w momencie udzielania świadczenia lub w terminie określonym w umowie zawartej między pacjentem, ubezpieczycielem i naszym ośrodkiem. Zastrzegamy sobie prawo pobierania kwot współpłatności, udziału własnego i współubezpieczenia po powiadomieniu ubezpieczyciela.
4. Niektórzy ubezpieczyciele wymagają wcześniejszej certyfikacji, wcześniejszej autoryzacji lub pisemnego skierowania. Obowiązkiem pacjenta jest zrozumienie wymogów planu ubezpieczeń i pozyskanie odpowiedniej zgody przynajmniej na 3 dni przed planowaną datą udzielenia świadczenia. Niedopełnienie obowiązku może spowodować odrzucenie roszczenia przez ubezpieczyciela. Jeżeli ubezpieczyciel odrzuci roszczenie lub wstrzyma płatność, obowiązek uregulowania salda może obciążyć pacjenta.
5. Jeżeli mają Państwo jakiekolwiek pytania dotyczące salda, prosimy o kontakt z naszym Biurem ds. rozliczeń (Billing Office) w celu omówienia spraw związanych z Państwa kontem. Nieopłacenie należnych kwot spowoduje przekazanie sprawy do zewnętrznej firmy zajmującej się windykacją należności, co może mieć wpływ na ocenę zdolności kredytowej pacjenta. Koszty prawne oraz koszty windykacji powstałe w związku z dochodzeniem nieopłaconych należności obciążają pacjenta.

Pacjent sporządził Deklarację dotyczącą opieki zdrowotnej <AD>

Pacjent sporządził Deklarację dotyczącą opieki zdrowotnej, która została przekazana Ośrodkowi i umieszczona w dokumentacji medycznej <CHART>

Ośrodek przekazał pacjentowi informacje na temat Deklaracji dotyczącej opieki zdrowotnej.

Przed rozpoczęciem zabiegu pacjentowi przekazano broszurę opisującą prawa i obowiązki pacjenta, jak również stosowane przez Ośrodek zasady odnośnie do Deklaracji dotyczących opieki zdrowotnej.

Zgoda na ujawnienie informacji: Niniejszym wyrażam zgodę, aby **Island Digestive Health Center, LLC** ujawniała wszelkie informacje dotyczące rozliczenia i obsługi konta w związku z udzielonymi świadczeniami.

Cesja świadczeń ubezpieczeniowych: Niniejszym upoważniam **Island Digestive Health Center, LLC** do odbioru świadczeń ubezpieczeniowych, które byłyby należne na moją rzecz z tytułu danego świadczenia. Płatności na rzecz **Island Digestive Health Center, LLC** nie mogą przekraczać łącznej kwoty należnej z tytułu udzielonych świadczeń.

***Zapoznałem/Zapoznałam się z powyższą informacją i zobowiązuję się przestrzegać warunków określonych w niniejszym Oświadczeniu pacjenta o przyjęciu odpowiedzialności finansowej. Rozumiem, że ponoszę odpowiedzialność finansową względem ośrodka z tytułu kwot, które nie zostaną pokryte w ramach cesji.***

**Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami):** _____

**Podpis pacjenta:** _____

**Przedstawiciel Ośrodka:** _____

Etykieta pacjenta

# Formularz świadomej zgody na zabieg endoskopowy Island Digestive Health Center, LLC

## Wyjaśnienie dotyczące zabiegu

Bezpośrednie uwidocznienie odcinka przewodu pokarmowego za pomocą wyposażonego w źródło światła przyrządu jest określane mianem endoskopii przewodu pokarmowego. Opiekujący się Państwem lekarz zalecił przeprowadzenie u Państwa tego rodzaju badania. Przedstawione poniżej informacje pomogą Państwu zrozumieć przyczyny przeprowadzania zabiegu oraz związane z nim potencjalnie zagrożenia.

W trakcie przeprowadzania badania wyściółka przewodu pokarmowego zostanie dokładnie zbadana i ewentualnie również sfotografowana. Jeżeli uwidoczniona zostanie nieprawidłowość lub podejrzewane będzie jej występowanie, z wyściółki może zostać pobrana niewielka ilość tkanki (próbka biopsyjna) lub wymaz. Pobrane w ten sposób próbki są wysyłane do laboratorium w celu zbadania, czy nie występują w nich nieprawidłowe komórki. Jeżeli zostaną uwidocznione niewielkie narośle (polipy), zostaną one usunięte.

Aby zapewnić Państwu komfort podczas zabiegu, anestezjolog (lekarz anestezjolog lub specjalistyczna pielęgniarka anestezjologiczna [Certified Registered Nurse Anesthetists, CRNA]) poda Państwu leki, aby wprowadzić Państwa w stan głębokiej sedacji, zgodnie z informacjami podanymi w dokumencie zgody na znieczulenie.

Jeżeli nie zostaną wykorzystane usługi anestezjologa, opiekujący się Państwem lekarz może podać Państwu leki, które wprowadzą Państwa w stan sedacji z zachowaniem przytomności/umiarkowanej sedacji.

## Krótki opis zabiegów endoskopowych

1. **Endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego:** Badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy. Jeżeli lekarz uzna to za stosowne, mogą zostać pobrane próbki tkanki (próbki biopsyjne). Jeżeli uwidocznione zostanie czynne krwawienie, może zostać przeprowadzony zabieg tamujący krwawienie poprzez zastosowanie wysokiej temperatury, leków lub zacisków mechanicznych.
2. **Dylatacja przełyku**: Do rozciągnięcia zwężonych odcinków przełyku stosuje się rurki lub balony dylatacyjne.
3. **Elastyczna sigmoidoskopia**: Badanie odbytu, odbytnicy oraz lewej części okrężnicy, zazwyczaj do głębokości 60 cm.
4. **Kolonoskopia**: Badanie całej lub części okrężnicy. U starszych pacjentów lub u pacjentów z bardziej rozległą uchyłkowatością, którzy są bardziej podatni na powikłania. W razie potrzeby przeprowadzana jest polipektomia (zabieg usunięcia małych narośli zwanych polipami), w której wykorzystuje się pętlę z drutu i prąd elektryczny. Jeżeli uwidocznione zostanie czynne krwawienie, może zostać przeprowadzony zabieg tamujący krwawienie poprzez zastosowanie wysokiej temperatury, leków lub zacisków mechanicznych.

Lekarz wyjaśniający zabieg:

Podpis_lekarza

## Główne zagrożenia i powikłania związane z endoskopią przewodu pokarmowego

Endoskopia przewodu pokarmowego zasadniczo wiąże się z niewielkim ryzykiem. Niemniej jednak mogą wystąpić wszystkie wymienione poniżej powikłania. Na Państwa prośbę opiekujący się Państwem lekarz omówi z Państwem częstotliwość ich występowania, zwracając szczególną uwagę na występujące u Państwa wskazania do przeprowadzenia endoskopii przewodu pokarmowego. ***JEŻELI MAJĄ PAŃSTWO JAKIEKOLWIEK PYTANIA DOTYCZĄCE BADANIA, MUSZĄ JE PAŃSTWO ZADAĆ LEKARZOWI.***

1. **Perforacja**: Wprowadzanie narzędzia może spowodować uraz ściany przewodu pokarmowego, co może doprowadzić do wycieku treści z przewodu pokarmowego do jamy ciała. Jeżeli tak się stanie, zazwyczaj konieczne jest przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego w celu zamknięcia otworu lub opróżnienia danego rejonu. Jeżeli konieczny okaże się zabieg chirurgiczny, może zajść konieczność wykonania trwałej kolostomii
2. **Krwawienie:** Jeżeli dojdzie do krwawienia, zazwyczaj stanowi ono powikłanie biopsji, polipektomii lub dylatacji. Leczenie tego powikłania może obejmować tylko ścisłą obserwację lub też może wymagać przetoczenia produktów krwiopochodnych, powtórnej endoskopii w celu zatamowania krwawienia lub nawet zabiegu chirurgicznego.
3. **Polekowe zapalenie żyły**: Leki wykorzystywane do sedacji mogą podrażnić żyłę, do której są wstrzykiwane. Może to spowodować czerwony, bolesny obrzęk żyły oraz otaczającej ją tkanki; w tym miejscu może również dojść do zakażenia. Poczucie dyskomfortu w tym miejscu może się utrzymywać przez kilka tygodni lub kilka miesięcy.
4. **Inne zagrożenia mogą obejmować w szczególności**: Ryzyko przeoczenia zmian chorobowych lub polipów, poparzeń spowodowanych polipektomią, reakcje na leki oraz powikłania innych występujących u Państwa ewentualnie chorób. Awaria narzędzia i śmierć są bardzo rzadkie, ale może do nich dojść. ***MUSZĄ PAŃSTWO POINFORMOWAĆ LEKARZA O WSZYSTKICH WYSTĘPUJĄCYCH U PAŃSTWA ALERGIACH I DOLEGLIWOŚCIACH MEDYCZNYCH.***

## Alternatywne rozwiązania zamiast endoskopii przewodu pokarmowego

Choć endoskopia przewodu pokarmowego jest wyjątkowo bezpiecznym i skutecznym badaniem diagnostycznym przewodu pokarmowego, nie gwarantuje stuprocentowo pewnego rozpoznania. W niewielkim odsetku przypadków może zostać postawione błędne rozpoznanie lub nie zostać postawione żadne rozpoznanie. Można skorzystać z innych zabiegów diagnostycznych lub leczniczych, takich jak farmakoterapia, radioterapia i leczenie chirurgiczne. Inną możliwością jest zrezygnowanie ze wszystkich badań diagnostycznych i/lub leczenia. Opiekujący się Państwem lekarz z przyjemnością omówi z Państwem dostępne możliwości.

---

Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć podczas zabiegu w celu ułatwienia dalszej opieki oraz do wykorzystania w ramach kształcenia medycznego; wyrażam również zgodę na obecność obserwatora podczas zabiegu, który będzie pomagał lekarzowi lub wspierał go radą. Potwierdzam, że zrozumiałem/zrozumiałam informacje dotyczące endoskopii przewodu pokarmowego i umiarkowanej sedacji (z zachowaniem przytomności). Poinformowano mnie wyczerpująco na temat zagrożeń, korzyści, ograniczeń, alternatywnych rozwiązań i możliwych powikłań zabiegu/znieczulenia.

Rozumiem, że poinformowano mnie, iż nie powinienem/powinnam prowadzić samochodu przez 24 (dwadzieścia cztery) godziny po zabiegu. Rozumiem również, że w przypadku zatrzymania akcji serca lub zatrzymania oddechu lub też w przypadku wystąpienia innego stanu zagrożenia życia w trakcie mojej hospitalizacji, Ośrodek podejmie odpowiednie działania konieczne dla ratowania mojego życia do momentu przeniesienia mnie do szpitala, jeżeli takie działania będą konieczne, a złożona przeze mnie ewentualnie Deklaracja dotycząca opieki zdrowotnej nie będzie honorowana przez Ośrodek. Wyrażam zgodę na poddanie się zabiegom medycznym, które zostaną uznane za konieczne, w tym na przeniesienie do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.

Wyrażam zgodę na pobieranie ode mnie próbek krwi i badanie jej, jeżeli jakaś osoba przypadkowo wejdzie w kontakt z moimi płynami ustrojowymi. Wyniki takich badań pozostaną ściśle poufne, oprócz zakresu określonego przepisami prawa.
Wyrażam zgodę na weryfikację mojej dokumentacji medycznej przez innego lekarza, w celu uzyskania informacji o sposobie realizacji opieki medycznej.

Przeczytałem/Przeczytałam niniejszy dokument i rozumiem jego treść. Pozwolono mi zadawać lekarzowi wszelkie pytania, na które każdorazowo udzielono mi satysfakcjonujących odpowiedzi. Wiem, że mam prawo do drugiej opinii medycznej.

Niniejszym zezwalam <Performing MD>, oraz wszelkim osobom wyznaczonym przez lekarza jako asystentów, na przeprowadzenie następujących czynności: **<Scheduled Procedures>**

**W przypadku wystąpienia podczas zabiegu nieprzewidzianych okoliczności, które będą w opinii lekarza wymagały przeprowadzenia dodatkowych zabiegów, podjęcia leczenia lub operacji, wyrażam zgodę na podjęcie przez lekarza wszelkich działań, które uzna za konieczne. Jestem świadomy/świadoma, że medycyna i chirurgia nie są naukami ścisłymi. Potwierdzam, że nie udzielono mi żadnych gwarancji dotyczących wyników tego zabiegu. W przypadku wątpliwości dotyczących mojej ewentualnej ciąży, umożliwię przeprowadzenie testu ciążowego z moczu przed przeprowadzeniem zabiegu.**

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego _____ Stopień pokrewieństwa _____

Podpis świadka _____ Data: _____ Godzina: _____

**Ośrodek leczenia układu pokarmowego Island Digestive Health Center**
**Informacje dla pacjentów**

**Karta Praw Pacjenta**
**Zgodnie z przepisami prawa, osoba będąca pacjentem w ośrodku w stanie Nowy Jork jest uprawniona do:**

Zrozumienia i korzystania z niniejszych praw. Jeśli z jakiejkolwiek przyczyny nie rozumie Pan/Pani treści lub potrzebuje pomocy, ośrodek MUSI zapewnić wsparcie, w tym tłumacza.

Otrzymania leczenia bez dyskryminacji z uwagi na rasę, kolor skóry, religię, płeć, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność, orientację seksualną czy źródło płatności.

Otrzymania opieki świadczonej ze zrozumieniem i z szacunkiem, w czystym i bezpiecznym otoczeniu bez zbędnych ograniczeń.

W razie konieczności, otrzymania opieki w nagłych przypadkach.

Uzyskania informacji o nazwisku i stanowisku lekarza, który będzie prowadził pacjenta w ośrodku.

Poznania nazwisk, stanowisk i funkcji członków personelu ośrodka, zaangażowanych w opiekę nad pacjentem oraz odmówienia leczenia, badania czy obserwacji przez takie osoby.

Pokoju dla niepalących.

Otrzymania kompletnych informacji dotyczących diagnozy, leczenia i prognoz.

Otrzymania wszystkich informacji niezbędnych do udzielenia świadomej zgody na każdy proponowany zabieg lub leczenie. Informacje takie powinny obejmować możliwe zagrożenia i korzyści związane z zabiegiem lub leczeniem.

Otrzymania wszystkich informacji koniecznych do udzielenia świadomej zgody na odstąpienie od reanimacji. Pacjent ma również prawo wyznaczyć osobę, która udzieli takiej zgody, gdyby pacjent był zbyt chory, aby to uczynić. Dodatkowe informacje można znaleźć w broszurze „Odstąpienie od reanimacji - poradnik dla pacjentów i rodzin" ("Do Not Resuscitate Orders -A Guide for Patients and Families").

Odmowy leczenia i otrzymania informacji, jakie może to przynieść skutki dla zdrowia.

Odmowy udziału w badaniu naukowym. Przy podejmowaniu decyzji o udziale w badaniu, pacjent ma prawo uzyskać pełne wyjaśnienia.

Zachowania prywatności podczas pobytu w ośrodku i poufności wszystkich informacji i danych dotyczących opieki nad pacjentem.

Udziału w podejmowaniu wszystkich decyzji dotyczących leczenia i wypisu z ośrodka. Ośrodek musi przekazać pacjentowi pisemny plan wypisu oraz pisemny opis dotyczący składania sprzeciwu odnośnie wypisu.

Bezpłatnego przeglądania własnej dokumentacji medycznej. Uzyskania kopii własnej dokumentacji medycznej, za którą ośrodek może obciążyć pacjenta uzasadnioną opłatą. Nie można odmówić wydania kopii dokumentacji pacjentowi wyłącznie dlatego, że pacjent nie jest w stanie za nią zapłacić.

Uzyskania faktury w rozbiciu na poszczególne pozycje i wyjaśnienia wszystkich opłat.

Składania skarg, bez obaw o działania represyjne, odnośnie otrzymywanej opieki i usług oraz uzyskania, na wniosek, pisemnej odpowiedzi od ośrodka. W przypadku, gdyby odpowiedź ośrodka była niezadowalająca, można złożyć skargę do Urzędu ds. Zdrowia w stanie Nowy Jork, tj. New York State Health Department. Ośrodek musi podać pacjentowi numer telefonu do State Health Department.

Upoważnienia członków rodziny i innych osób dorosłych, którzy będą posiadali pierwszeństwo odwiedzin w zależności od zdolności pacjenta do przyjmowania odwiedzających.

Poinformowania o swoich zamiarach odnośnie przekazania organów. Swoje zamiary można udokumentować za pośrednictwem pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej lub na karcie dawcy dostępnej w ośrodku.
Obowiązki pacjenta
Podczas świadczenia opieki, Ośrodek ma prawo oczekiwać określonego zachowania ze strony pacjentów oraz osób im bliskich i przyjaciół, które jest uznawane za rozsądne i odpowiedzialne w kontekście charakteru choroby pacjenta.

**Pacjenci mają następujące obowiązki:**
Pacjent ma obowiązek przekazać, wedle swojej najlepszej wiedzy, dokładne i pełne informacje dotyczące aktualnych dolegliwości, występujących w przeszłości chorób, hospitalizacji, leków oraz innych kwestii związanych ze zdrowiem. Pacjent ma obowiązek zgłaszać nieoczekiwane zmiany stanu zdrowia odpowiedniemu lekarzowi. Pacjent ma obowiązek poinformować, czy dobrze rozumie rozważany tok postępowania i stawiane mu oczekiwania.

Pacjent odpowiada za przestrzeganie planu leczenia zaleconego przez lekarza prowadzącego. Może to obejmować postępowanie zgodnie z instrukcjami pielęgniarek i powiązanego personelu medycznego podczas realizowania skoordynowanego planu opieki i wdrażania zaleceń lekarza prowadzącego,

a także podczas egzekwowania przez takie osoby obowiązujących w ośrodku zasad i regulacji. Pacjent odpowiada za dotrzymywanie terminów wizyt, a w przypadku niemożności dotrzymania terminu z jakiejkolwiek przyczyny, za zawiadomienie o tym lekarza prowadzącego lub ośrodka.

Oczekuje się, że pacjent będzie zadawał pytania, jeśli nie rozumie informacji lub instrukcji. Jeśli zdaniem pacjenta nie jest on w stanie przestrzegać swojego planu leczenia, musi poinformować swojego lekarza.

Pacjent odpowiada za własne działania w przypadku odmowy leczenia lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza.

Pacjent ma obowiązek uczestniczyć i współpracować w zakresie realizacji swoich zobowiązań płatniczych związanych z opieką zdrowotną.

Pacjent ma obowiązek przestrzegać zasad i regulacji ośrodka dotyczących opieki nad pacjentem i jego zachowania.

Pacjent ma obowiązek wykazać zrozumienie dla praw pozostałych pacjentów i personelu ośrodka i pomagać w kontrolowaniu poziomu hałasu, palenia i liczby odwiedzających. Pacjent ma obowiązek szanować przedmioty będące własnością innych osób oraz ośrodka.

**Dyspozycje pacjentów**

Zgodnie z prawem stanu Nowy Jork, ośrodek musi poinformować pacjenta, że nie ma obowiązku respektowania i nie respektuje dyspozycji zawartych w odstąpieniach od reanimacji (do not resuscitate, DNR). Respektujemy pełnomocnictwa dotyczące opieki zdrowotnej.

W przypadku wystąpienia komplikacji u pacjenta, personel ośrodka będzie zawsze podejmował próbę reanimacji pacjenta i przeniesie pacjenta do innego ośrodka w przypadku pogorszenia stanu zdrowia. Jeśli pacjent przekaże dyspozycję, jej egzemplarz zostanie umieszczony w dokumentacji medycznej pacjenta i zostanie przekazany wraz z pacjentem, gdyby lekarz pacjenta zalecił zmianę ośrodka.

W każdym momencie, pacjent lub jego pełnomocnik mogą uzyskać wszelkie informacje potrzebne do udzielenia świadomej zgody przed jakimkolwiek leczeniem lub zabiegiem.
Aby zagwarantować, że ten ośrodek służy lokalnej społeczności, w ośrodku udostępniane są informacje dotyczące dyspozycji pacjentów.

**Zawiadomienie pacjentów o przysługujących im prawach**

Każdy pacjent ośrodka zostanie poinformowany o przysługujących mu prawach w następujący sposób:

• Pisemne zawiadomienie, przekazane przed operacją w języku i w formie zrozumiałych dla pacjenta.
• Informacja ustna, przekazana przed operacją w języku i w formie zrozumiałych dla pacjenta.
• Wywieszone zawiadomienie widoczne dla pacjentów i ich rodzin oczekujących na leczenie.

**Udziały lekarzy**
Lekarz pacjenta może posiadać finansowe lub własnościowe udziały w tym ośrodku. Na życzenie udostępniona zostanie lista właścicieli.

**Opiekun pacjenta**
Opiekun pacjenta, jego najbliżsi lub osoba prawnie upoważniona są uprawnieni do egzekucji wskazanych praw w imieniu pacjenta, w zakresie dozwolonym przez prawo, jeśli:
• odnośnie pacjenta wydano orzeczenie o braku zdolności do czynności prawnych, na podstawie obowiązujących przepisów;
• pacjent wyznaczył przedstawiciela prawnego do działania w jego imieniu;
• pacjent jest osobą nieletnią.

**Skargi pacjentów**
Zachęca się pacjentów i ich rodziny do pomocy ośrodkowi w zrozumieniu potrzeb pacjentów poprzez przekazywanie opinii zwrotnej, sugestii, uwag i/lub skarg odnośnie usług, a także swoich oczekiwań.

Reklamacje lub skargi należy zgłaszać kontaktując się z ośrodkiem i/lub rzecznikiem pacjentów w New York State Department of Health lub Medicare (numery podano w niniejszej ulotce). Ośrodek udzieli odpowiedzi w ciągu 30 dni na piśmie, jeśli poprosi o to pacjent, informując o wnioskach po rozpatrzeniu sprawy.

**Osoby kontaktowe**
Kim Koos
Island Digestive Health Center
471 Montauk Highway
West Islip, New York 11795
(631) 376-2260

New York Department of Health's Office of Health Systems Management
Skrzynka odbiorcza: CA/DCS
Empire State Plaza
Albany, New York 12237
Telefon: 1-800-804-5447
www.health.ny.gov/facilities/hospital/complaint/complaintform.html

Medicare Beneficiary Ombudsman
Telefon: 1-800-MEDICARE
www.medicare.gov/claims-andappeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html

W przypadku obaw dotyczących bezpieczeństwa pacjenta i jakości usług, które zdaniem pacjenta nie zostały należycie rozpatrzone przez administratora ośrodka, można skontaktować się również z Komisją Wspólną pod adresem:
E-mail: complaint@jointcommission.org
Faks: 630-792-5636
Adres korespondencyjny: Office of Quality Monitoring
The Joint Commission
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, Illinois 60181




Island Digestive Health Center Is a Physician Owned Facility:

**(Polish)**

Island Digestive Health Center to placówka należąca do lekarzy.

Następujący lekarze są współwłaścicielami placówki:

Neil Lobo, M.D.

Kourosh Adhami, M.D.

James Kohlrosser, D.O.

Babak Danesh, M.D.

Krishnaiyer Subramani, M.D.

## Island Digestive Health Center, LLC

## Zgoda na podanie znieczulenia

Potwierdzam, że opiekujący się mną lekarz wyjaśnił mi, że zostanę poddany/poddana zabiegowi. Rozumiem również, że aby lekarz mógł przeprowadzić zabieg, konieczne jest podanie mi znieczulenia. Wyjaśniono mi, że wszystkie rodzaje znieczulenia wiążą się z pewnym ryzykiem i choć rzadko, mogą wystąpić ciężkie powikłania związane ze znieczuleniem, które mogą obejmować między innymi zakażenia, krwawienie, reakcje polekowe, zakrzepy, utratę czucia, utratę władzy w kończynach, paraliż, udar, uszkodzenia mózgu, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego, powikłania płucne lub zgon. Rozumiem, że zagrożenia te dotyczą wszystkich form znieczulenia, a oprócz tego wyjaśniono mi dodatkowe lub szczególne zagrożenia, które wskazano poniżej. Rozumiem, że zaznaczone poniżej rodzaje znieczulenia zostaną zastosowane podczas zabiegu oraz że technika zastosowana podczas przeprowadzania zabiegu jest uzależniona od wielu czynników, w tym od mojego stanu fizycznego, rodzaju przeprowadzanego zabiegu oraz preferencji mojego lekarza i moich własnych.

***Planowana technika znieczulenia:***

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Monitoring anestezjologiczny (*bez sedacji*)** | Oczekiwane rezultaty | Brak zmiany przytomności i stanu umysłowego |
| | | Technika | Monitorowanie parametrów życiowych |
| | | Zagrożenia | Możliwe niedogodności związane z zabiegiem |
| | | | |
| | **Monitoring anestezjologiczny (*z sedacją*)** | Oczekiwane rezultaty | Obniżony niepokój i mniejszy ból, częściowa lub zupełna niepamięć |
| | | Technika | Lek wstrzykiwany do krwiobiegu lub podawany innymi drogami, co wprowadza pacjenta w stan półprzytomności |
| | | Zagrożenia | Reakcje alergiczne na leki, uszkodzenie zębów, odzyskanie świadomości podczas zabiegu, uszkodzenie naczyń krwionośnych, zapaść oddechowa. |

***Niniejszym wyrażam zgodę na podanie mi wskazanego powyżej znieczulenia i upoważniam lekarza anestezjologa do jego podania. Potwierdzam, że przeczytałem/przeczytałam niniejszy formularz, że rozumiem charakter, korzyści, zagrożenia, alternatywne rozwiązania oraz oczekiwane rezultaty podania znieczulenia oraz że miałem/miałam wystarczająco dużo czasu na zadawanie pytań i rozważenie mojej decyzji.***

**Data** _____ **Godzina:** _____

**Podpis pacjenta/przedstawiciela**_____ _____ **Stopień pokrewieństwa** _____

**Podpis świadka**_____

**Podpis lekarza**_____