



HIPAA – Formularz potwierdzenia pacjenta

Ja, _____, niniejszym potwierdzam otrzymanie przez Northwest Pulmonary Associates, SC praktykach dotyczących prywatności. Powiadomienie o praktyce ochrony prywatności zawiera szczegółowe informacje o tym, jak praktyka może wykorzystywać i ujawniać moje poufne informacje. Rozumiem, że lekarz zastrzegł sobie prawo do zmiany swoich praktyk dotyczących prywatności opisanych w zawiadomieniu. Rozumiem również, że zostanie mi dostarczona kopia każdego zmienionego powiadomienia.

Upoważniam Northwest Pulmonary Associates, SC do omówienia mojego leczenia z:

Tylko ja, _____ pod numerem telefonem: _____

Oraz z następującymi:

Imię i nazwisko: _____ Związek: _____ Telefon: _____

Imię i nazwisko: _____ Związek: _____ Telefon: _____

Wiadomości mogą być zostawiane przy mojej odpowiedzi urządzenie lub poczta głosowa z wynikami testu:

TAK: _____ NIE: _____

Wiadomości można zostawić jednej z osób wymienionych powyżej:

TAK: _____ NIE: _____

Czy możemy wysłać Ci wiadomości tekstowe?

TAK: _____ NIE: _____ Numer telefonu: _____

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Podpis: _____

Data: _____ Świadek: _____