



NYU Langone Health

Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

NINIEJSZE POWIADOMIENIE OPISUJE, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE MEDYCZNE PACJENTA MOGĄ ZOSTAĆ WYKORZYSTANE I UJAWNIONE, A TAKŻE JAK MOŻE NA UZYSKAĆ DO NICH DOSTĘP. PROSIMY O UWAGNE ZAPOZNANIE SIĘ Z JEJ TREŚCIĄ.

Dążymy do zapewnienia ochrony prywatności pacjentów

NYU Langone Health dba o zachowanie prywatności i poufności danych dotyczących Państwa stanu zdrowia. W ramach NYU Grossman School of Medicine (łącznie z Faculty Group Practices)

- Oddział medycyny rodzinnej Family Health Centers w NYU Langone Health
- Praktyka dentystryczna w południowo-zachodnim Brooklynie

Placówki NYU Langone Hospitals oraz NYU Grossman School of Medicine wchodzi w skład Zorganizowanego systemu opieki zdrowotnej (Organized Health Care Arrangement, „OHCA”) wraz z następującymi pododdziałami w celu prowadzenia działań w zobowiązanych placówkach.

Korzystanie z informacji i ich udostępnianie

W tej części opisano różne sposoby, w jakie możemy wykorzystywać Państwa dane i je udostępniać. Zazwyczaj w tym celu skontaktujemy się z Państwem telefonicznie; jeśli jednak podali nam Państwo swój adres e-mail lub udzielili nam pozwolenia na wysłanie Państwu wiadomości tekstowej, możemy skontaktować się z Państwem w ten sposób. Wiadomości tekstowe oraz wiadomości e-mail mogą być niezabezpieczone i niezasyfrowane, a udostępniając nam swój numer telefonu lub adres e-mail, upoważnia Państwo NYU Langone Health do takiego sposobu komunikacji.



NYU Langone Health

Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

Pracujemy i udostępniamy głównie w celach związanych z leczeniem, płatnościami oraz funkcjonowaniem opieki zdrowotnej. Oznacza to, że wykorzystujemy i udostępniamy dane dotyczące Państwa stanu zdrowia:

- innym dostawcom Państwa usług zdrowotnych lub aptece, która realizuje Państwa recepty;
- Państwa ubezpieczycielowi zdrowotnemu na potrzeby pobrania opłaty za świadczenia zdrowotne lub te w celu uzyskania wstępnego zatwierdzenia Państwa leczenia; oraz
- w celu prowadzenia działalności, zapewnienia Państwu lepszej opieki, kształcenia naszych pracowników oraz oceny pracy usługodawców.

Czasami możemy udostępnić Państwa dane naszym partnerom biznesowym, na przykład podmiotom świadczącym usługi fakturowania, które pomagają nam realizować nasze działania biznesowe. Wszyscy nasi partnerzy biznesowi muszą chronić prywatność i bezpieczeństwo

jeśli udostępnią Państwa dane. Aby uzyskać więcej informacji, prosimy o kontakt z [Działem Ochrony Prywatności](#).



NYU Langone Health

Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

- badania: analizowanie projektów zdrowotnych zatwierdzonych przez komisję bioetyczną (Institutional Review Board, IRB), w przypadku których ryzyko naruszenia prywatności jest niskie; przygotowania do badania naukowego; badania obejmujące wyłącznie informacje na temat osób zmarłych;
- postępowanie sądowe i administracyjne: odpowiadanie na nakaz sądowy lub administracyjny;
- udostępnianie ze względu na fundusz odszkodowawczy pracowniczych i inne dane państwa: na potrzeby opłacenia roszczeń z tytułu funduszu odszkodowawczego pracowniczych lub przeprowadzenia przesłuchania; agencjom nadzoru zdrowia – na potrzeby przeprowadzenia czynności dozwolonych przez prawo; specjalnym organom rządowym (organom militarnym, organom bezpieczeństwa krajowego);
- udostępnianie organom porządkowym: udostępnianie informacji pracownikom organów porządkowych w celu zidentyfikowania bądź odnalezienia osoby podejrzanej lub zaginionej;
- przestrzeganie prawa: udostępnianie informacji o przestępstwach i przestępstwach w celu dochodzenia spraw przestępstw i przestępstw o charakterze publicznym



NYU Langone Health

Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

Prawa pacjenta

Jeśli chodzi o dane dotyczące Państwa stanu zdrowia, przysługują Państwu określone prawa.

Mogą Państwo:

- Przejrzeć lub otrzymać elektronicznie lub papierowo kopie Państwa dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji dotyczącej fakturowania. Mogą Państwo zostać obciążeni opłat w stosownej wysokości za otrzymanie dokumentacji.

NYU Langone Health
Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności



NYU Langone Health
Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

**FORMULARZ POTWIERDZENIA OTRZYMANIA POWIADOMIENIA
O PRAKTYKACH OCHRONY PRYWATNOŚCI**

Podpisuję niniejszy formularz, oświadczam, że otrzymałem(-am) egzemplarz powiadomienia o praktykach ochrony prywatności (Notice of Privacy Practices) w NYU Langone Health.

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Podpis: _____ Data: _____

Imię i nazwisko osobistego przedstawiciela (w stosownych przypadkach):

Uprawnienie osobistego przedstawiciela (np. rodzic, opiekun, pełnomocnik upoważniony do podejmowania decyzji w sprawach opieki zdrowotnej):

Obowiązuje od 1.03.2024 r.