

## Genehmigung zur Freigabe der Krankenakte (Auch bekannt als geschützte Gesundheitsinformationen)

Patientenname: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

ich erlaube Angenehme Seite Informationen von mir preiszugeben. Folgendes umfasst, was Folgendes umfassen kann, aber nicht beschränkt auf, Informationen zur psychiatrischen Diagnostik, Es ist S, Behandlung und/oder verschriebene Medikamente für den Genannten unten aufgeführte natürliche oder juristische Person über das folgende Medium (wählen Sie eines aus):

Email  Fax

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_

Mir ist bewusst, dass meine Krankenakte Folgendes enthalten kann, aber nicht darauf beschränkt ist: eine Zusammenfassung meiner Krankengeschichte; Behandlungszeiten und -termine; Informationen über meine familiären und sozialen Erfahrungen, die für meine Behandlung relevant sind; klinische Testergebnisse; verschriebene Medikamente; Zusammenfassung von Diagnosen und Symptomen; und Behandlungshinweise. Wenn es Elemente in meiner Akte gibt, die ich redigieren möchte, sollte ich mich an das Mitgliederservice-Team von Brightside wenden.

Mir ist bewusst, dass meine Gesundheitsakte Informationen zu sexuell übertragbaren Krankheiten, dem erworbenen Immundefizienzsyndrom (AIDS), dem humanen Immundefizienzvirus (HIV) oder Gentests enthalten kann.

Ja, ich stimme der Veröffentlichung dieser Informationen zu.  NEIN, Bitte löschen Sie diese Informationen aus meiner Akte, bevor Sie sie offenlegen.

Mir ist bewusst, dass meine Gesundheitsakte Informationen über Substanzkonsum und/oder -missbrauch, beispielsweise Drogen und Alkohol, enthalten kann.

Ja, ich stimme der Veröffentlichung dieser Informationen zu.  NEIN, Bitte löschen Sie diese Informationen aus meiner Akte, bevor Sie sie offenlegen.

Der Zweck/Grund für diese Informationsveröffentlichung ist folgender:

*(kurze Beschreibung)*

1. Mir ist bewusst, dass diese Ermächtigung 180 Tage nach dem Datum der Unterzeichnung abläuft, sofern sie nicht widerrufen wird. Eine Fotokopie dieses Formulars gilt als genauso gültig wie das Original.
2. Mir ist bewusst, dass ich diese Genehmigung jederzeit durch schriftliche Mitteilung an Brightside widerrufen kann und dass diese Genehmigung an dem mitgeteilten Datum ihre Gültigkeit verliert, es sei denn, es wurden bereits Maßnahmen im Vertrauen auf sie ergriffen.
3. Mir ist bewusst, dass Informationen, die gemäß dieser Genehmigung verwendet oder offengelegt werden, möglicherweise einer erneuten Offenlegung durch den Empfänger unterliegen und nicht mehr durch bundesstaatliche Datenschutzbestimmungen geschützt sind. Andere Landes- oder Bundesgesetze können es dem Empfänger jedoch verbieten, besonders geschützte Informationen offenzulegen, wie z. B. Informationen zur Behandlung von Drogenmissbrauch und/oder Informationen zur psychischen Gesundheit.
4. Mir ist bewusst, dass meine Weigerung, diese Genehmigung zu unterzeichnen, mein Recht auf eine gegenwärtige oder zukünftige Behandlung wegen psychiatrischer Behinderungen nicht gefährdet, es sei denn, die Offenlegung der Informationen ist für die Behandlung erforderlich.
5. Meine Gesundheitsversorgung und die Bezahlung meiner Gesundheitsversorgung bei Brightside werden nicht beeinträchtigt, wenn ich dieses Formular nicht unterschreibe.
6. Mir ist bewusst, dass ich nach meiner Unterzeichnung eine Kopie dieses Formulars anfordern kann.
7. Ich erkenne an, dass Brightside möglicherweise eine Überprüfung meiner Identität anfordert, bevor ich dieser Freigabe nachkomme, und dass die nicht rechtzeitige Einhaltung der Anforderungen zur Identitätsprüfung zu einer Verzögerung bei der Bearbeitung dieser Freigabe führt.
8. Ich erkenne an, dass Brightside nicht für die unsachgemäße Offenlegung von Aufzeichnungen verantwortlich ist, die auf Fehlinformationen zurückzuführen sind, die ich beim Ausfüllen dieses Formulars angegeben habe.
9. Mir ist bewusst, dass meine Gesundheitsakte Berichte, Diagnosen, Notizen und andere Informationen enthalten kann, die nur ein qualifizierter Arzt interpretieren kann. Ich verstehe und wurde darauf hingewiesen, dass ich mich bei Fragen zu den Einträgen in meiner Gesundheitsakte an meinen Brightside-Anbieter wenden sollte, um zu verhindern, dass ich die in diesen Einträgen enthaltenen Informationen falsch verstehe. Ich werde Brightside, seine Anbieter, Mitarbeiter oder Partner nicht für eine Fehlinterpretation der Informationen in meiner Krankenakte haftbar machen, die darauf zurückzuführen ist, dass ich meinen Anbieter nicht zur korrekten Interpretation konsultiert habe.

**Unterschrift:**

**Genehmigung zur Freigabe der Krankenakte**  
(Auch bekannt als geschützte Gesundheitsinformationen)

Indem ich dieses Kästchen ankreuze und unten meinen Namen eingebe, unterschreibe ich diese Pressemitteilung elektronisch.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Verhältnis zum Patienten (falls Erziehungsberechtigter.)