

Celem tego formularza jest prośba wystosowana do Northwestern Memorial HealthCare i jej podmiotów powiązanych („NM”) o udzielenie innej osobie („pełnomocnikowi”) dostępu do moich chronionych informacji zdrowotnych („informacje zdrowotne”) za pośrednictwem portalu MyNM.

Mój pełnomocnik może:

- przeglądać te same w portalu NM informacje zdrowotne o mnie, do których również ja mam dostęp, w tym o: rozpoznaniach, lekach, alergiach, wywiadzie medycznym, planach leczenia, wynikach badań, zapiskach klinicznych oraz instrukcjach udzielanych przy wypisie a także podsumowaniach po wizycie przekazywanych pacjentowi (After Visit Summaries);
- poprosić o powtórzenie recepty;
- poprosić, umówić i zmieniać moje wizyty;
- wysyłać zabezpieczone wiadomości do mojego zespołu opieki medycznej;
- wykorzystywać nowe funkcje, które mogą stać się dostępne w portalu MyNM w przyszłości.

Po aktywacji mój pełnomocnik może mieć dostęp do moich informacji zdrowotnych za pośrednictwem swojego własnego konta w portalu MyNM. Wszyscy użytkownicy MyNM muszą przeczytać i zgodzić się na zasady i warunki usług cyfrowych świadczonych przez ten portal (NM Digital Services Terms and Conditions) przed korzystaniem z nich.

**Informacje o pacjencie** (jest nim osoba, której informacje zdrowotne staną się dostępne dla pełnomocnika)

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
Adres zamieszkania	Miasto	Stan	ZIP
Numer telefonu	Adres e-mailowy		

**Informacje o pełnomocniku** (jest nim osoba, której przyzna się dostęp do informacji zdrowotnych pacjenta)

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
Adres zamieszkania	Miasto	Stan	ZIP
Numer telefonu	Adres e-mailowy		

**Czy pełnomocnik posiada już konto w portalu MyNM?** (proszę wybrać jedno):  Tak  Nie  Nie mam pewności

**Wyznaczenie pełnomocnika z dostępem poprzez portal MyNM**

- Wyznaczam osobę wymienioną powyżej (w punkcie Informacje o pełnomocniku) jako mojego pełnomocnika.
- Zezwalam NM na przesyłanie moich informacji zdrowotnych do mojego pełnomocnika za pośrednictwem portalu MyNM oraz na zapewnienie dostępu do innych funkcji MyNM, takich jak: prośby o powtórzenie recept, planowanie wizyt i przesyłanie zabezpieczonych wiadomości do mojego zespołu klinicznego.
- Rozumiem, że mój pełnomocnik będzie miał ten sam dostęp oraz uprawnienia, które posiadam lub posiadał(a)bym jako użytkownik portalu MyNM.
- Zdaję sobie sprawę, że moje Informacje zdrowotne w portalu MyNM uzyskuje się z mojej elektronicznej dokumentacji medycznej i mogą one obejmować informacje pozyskane od podmiotów powiązanych z NM oraz innych świadczeniodawców. Takie informacje zdrowotne mogą obejmować: informacje diagnostyczne, wyniki badań laboratoryjnych, stosowane leki, alergie, dane z wywiadu i badania lekarskiego, plany leczenia, postępy leczenia lub moją obecność w trakcie terapii, zapiski kliniczne, karty leczenia szpitalnego oraz inne zapisy dotyczące mojego leczenia. Rozumiem, że informacje zdrowotne, do których mój pełnomocnik będzie miał dostęp, mogą obejmować, w stosownych przypadkach, informacje dotyczące następujących kwestii: HIV/AIDS; zdrowie behawioralne lub psychiczne; niepełnosprawność rozwojowa; leczenie zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu i/lub narkotyków); badania i poradnictwo genetyczne; sztuczne zapłodnienie; napaść/przemoc na tle seksualnym; przemoc domowa wobec niepełnosprawnej osoby dorosłej; a także wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci.
- W dowolnym momencie mam prawo do cofnięcia dostępu przez pełnomocnika. Mogą zrobić to poprzez portal MyNM lub dzwoniąc do infolinii MyNM pod numer 855.HLP.MYNM (855.457.6966); nr wewnętrzny dla telefonu tekstowego (TTY) to 711. **Poza tym to upoważnienie wygaśnie po upływie pięciu lat od daty mojego podpisu.**

Godzina    Data                      Podpis pacjenta

Godzina    Data                      Podpis (proszę wybrać jedno):  Opiekuna  Przedstawiciela prawnego

W celu przesłania swojego wniosku proszę przekazać ten podpisany formularz w gabinecie lekarza NM lub:

1. Przesłać go e-mailem na adres [himmedr@nm.org](mailto:himmedr@nm.org)
2. Wysłać faksem pod numer **312.926.6153**
3. Wysłać pocztą na adres **ATTN: Data Integrity, 676 North Saint Clair Street, Suite 1840, Chicago, Illinois 60611**