KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest • Kaiser Foundation Hospitals

Отзыв разрешения или согласия на использование либо передачу защищенной медицинской информации

Отдел предоставления информации

ПАЦИЕНТ:		
ПСЕВДОНИМ / ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ / ДРУГОЕ:		
НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ:		
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ):	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:	
АДРЕС:		НОМЕР КВАРТИРЫ:
ГОРОД:	ШТАТ:	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС + 4:

Я отзываю свое предыдущее разрешение или согласие на использование либо передачу моей защищенной медицинской информации (protected health information, PHI), как описано ниже.

Отметьте 1 пункт и заполните соответствующие пустые поля.

☐ Я отзываю **ВСЕ** предыдущие разрешения и согласия, которые я подписал(а).

☐ Я отзываю разрешение или согласие, которое я подписал(а) в следующую дату: _____

на предоставление информации такому лицу/учреждению: _____

Я понимаю, что мой письменный отзыв вступит в силу после его получения, но не будет распространяться на действия, которые запрашивающее лицо или другие лица уже предприняли на основании разрешения или согласия, которое я предоставил(а) до этого отзыва.

Я понимаю, что отзыв не будет применяться к информации, которая уже была предоставлена, а также не будет применяться к моей страховой компании, если законодательство предоставляет страховщику право оспаривать страховое требование по моему полису или сам полис.

Несмотря на этот отзыв, Kaiser Permanente продолжит передавать PHI третьим сторонам в соответствии с требованиями законодательства, что может включать передачу информации лицам или организациям, указанным в этом отзыве.

✗ _____ _____

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЗАКОННОГО ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДАТА

_____

ТЕЛЕФОНЫ ПАЦИЕНТА / УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА

Если отзыв подписан законным личным представителем от имени пациента, заполните поля ниже.

Полное имя законного личного представителя (печатными буквами): _____

Кем приходится пациенту: _____ Номер телефона: _____

Приложите документы, подтверждающие полномочия действовать от имени пациента.

Отправьте эту форму одним из указанных ниже способов. Сохраните копию у себя.

- **По электронной почте:** nw.roi.revocations@kp.org
- **Почтовым отправлением:** Kaiser Permanente Northwest
  Attn.: Release of Information Department
  500 NE Multnomah St., Suite 100
  Portland, OR 97232-2099

Если у вас есть вопросы, позвоните в отдел предоставления информации по телефону 503-571-5051.

Distribution: email to nw.roi.revocations@kp.org

© Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232, 2025