

W Henry Schein Orthodontics (HSO) ogromną przyjemność zawsze sprawia nam fakt, iż pacjenci chętnie dzielą się z nami swoimi historiami, doświadczeniami i informacjami o przebiegu swojego leczenia ortodontycznego. Dzielenie się swoją historią może pomóc innym, którzy pragną dowiedzieć się więcej o możliwościach leczenia, jak również spółce HSO w promowaniu jej misji zdrowia i szczęścia.

HSO szanuje prywatność pacjentów. Ochrona poufności informacji na temat Państwa zdrowia stanowi jeden z naszych najwyższych priorytetów. Aby zapewnić, że HSO działa zgodnie z Państwa życzeniem, prosimy o wybranie jednej z poniższych opcji wyrażenia zgody i podpisanie niniejszego formularza. HSO zachowa kopię Państwa zgody w aktach.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie przez HSO mojego imienia i nazwiska i/lub imienia i nazwiska mojego dziecka oraz udostępnianie informacji szczegółowych na temat leczenia ortodontycznego w komunikatach tworzonych w imieniu HSO, a także wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć, nagrań oraz filmów z moim udziałem i/lub udziałem mojego dziecka zarówno w postaci papierowej, jak i z wykorzystaniem nośników elektronicznych, w tym publikacji internetowych/online.

Wyrażam zgodę na powyższe, pod warunkiem, że moje imię i nazwisko oraz imię i nazwisko mojego dziecka oraz inne cechy identyfikacyjne zostaną usunięte.

Nie mam obowiązku podpisywania powyższej zgody. HSO nie uzależnia leczenia, płatności, uprawnień do świadczeń ani zapisów na leczenie od podpisania niniejszego formularza. Mogę zażądać przestania kopii udzielonej przeze mnie zgody. Rozumiem, że nie będę uprawniony(a) do żadnej zapłaty ani innej formy wynagrodzenia w wyniku wykorzystania jakichkolwiek informacji i materiałów audio/wideo/ fotograficznych.

Mam świadomość, że moje chronione informacje zdrowotne będą istnieć na zawsze w formie zapisanej, drukowanej i/lub elektronicznej lub w innej postaci, która może się rozwijać z biegiem czasu oraz że po ich opublikowaniu lub ujawnieniu w dowolnej formie, będą nadal wykorzystywane. Rozumiem, że informacje o mnie i/lub moim dziecku wykorzystane lub ujawnione zgodnie z udzieloną zgodą mogą podlegać ponownemu ujawnieniu przez odbiorcę i nie będą wówczas chronione przez przepisy federalne chroniące prywatność danych zdrowotnych danej osoby w ramach przenoszenia i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych – Ustawa z 1996r. ("HIPPA") * oraz inne obowiązujące przepisy federalne i stanowe.

Rozumiem, że mogę odwołać lub wycofać niniejszą zgodę w dowolnym czasie, aby zabronić przyszłego wykorzystywania informacji na mój temat oraz zażądać zaprzestania nagrań audio/wideo, filmowania lub fotografowania w dowolnym czasie. W tym celu, muszę przesłać pisemne powiadomienie do Działu Marketingu Henry Schein Orthodontics pod adresem 1822 Aston Ave Carlsbad CA 92069. Rozumiem, że HSO, a także inne osoby lub podmioty, zachowają kopie wszelkich takich elektronicznych lub drukowanych wersji na zawsze oraz że cofnięcie mojej zgody będzie dotyczyło wyłącznie informacji będących w posiadaniu HSO, które nie zostały wcześniej opublikowane. O ile nie zostanie wcześniej cofnięta, niniejsza zgoda zachowuje ważność przez okres dziesięciu (10) lat od daty podpisania niniejszego formularza.

Nazwisko Pacjenta: _____ Podpis: _____ Data: _____
(Imię, drugie imię, nazwisko)

Adres: _____ Nr tel.: _____
(ulica) (Miejscowość) (Stan) (Kod pocztowy)

W przypadku Rodziców lub innych osobistych przedstawicieli, proszę podać następujące informacje:

Ja (wpisać imię i nazwisko) _____ oświadczam, że jestem pracownikiem służby zdrowia /opiekunem /rodzicem zastępczym/rodzicem w/w pacjenta. (zakreślić właściwe)

***Jeśli jesteś pracownikiem służby zdrowia lub opiekunem, prosimy o załączenie dowodu pełnomocnictwa do reprezentowania pacjenta.**