

# Конфіденційність Пацієнта - Ukrainian

ОРЕГОН КЛІНІКА, Р.С.

Адміністративний Офіс 847 NE 19th Ave, Suite 300 Portland, Oregon 97232

Oregonclinic.com

Контактна Адреса Електронної Пошти з Питань Конфіденційності: [compliance@orclinic.com](mailto:compliance@orclinic.com)

**У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ НАВЕДЕНО ВІДОМОСТІ ПРО ІЕ, ЯК МОЖЕ БУТИ ВИКОРИСТАНА І РОЗКРИТА МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ, І ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО ЦІЄЇ ІНФОРМАЦІЇ. БУДЬ ЛАСКА, УВАЖНО ВИВЧИТЬ ЦЕ.**

Якщо у вас є питання з приводу цього повідомлення, зв'яжіться з нашим Спеціалістом по Дотриманню Нормативних Вимог по номеру 503-935-8000, по електронній пошті [compliance@orclinic.com](mailto:compliance@orclinic.com), або поштою за адресою вказаною вище.

Ця Політика Оновлена і Вступає в Силу з: 12 Липня, 2021.

## **Хто Буде Слідувати Цім Повідомленням**

У цьому повідомленні описується наша політика конфіденційності, якої дотримуються постачальники і співробітники Орегон Клініки.

## **Ваша Захищена Медична Інформація**

Це повідомлення відноситься до наявної у нас інформації і записів про ваш стан здоров'я і медичних послугах, які ви отримуєте в нашому офісі. Ваша медична карта може включати інформацію, створену і отриману нашим офісом; вона може бути в формі письмових або електронних записів або усних слів. Ваші записи можуть включати інформацію про історію та стан вашого здоров'я, симптомах, обстеженнях, замовлених тестах, результати тестів, лікуванні, процедурах, діагнозах, ліках, пов'язаних діях щодо виставлення рахунків і аналогічну інформацію, пов'язану зі здоров'ям.

Згідно із законом ми зобов'язані зберігати конфіденційність захищеної медичної інформації, направляти вам повідомлення про втрату чинності і повідомляти порушених осіб в разі порушення незахищеною медичної інформації. У ньому пояснюється, як ми можемо використовувати і розкривати захищену інформацію про ваше здоров'я, а також описуються ваші права і наші обов'язки щодо використання і розкриття цієї інформації.

## Як Ми Можемо Використовувати і Розкривати Захищеної Інформації

### Інформація про Ваше Здоров'я

Ми можемо використовувати і розкривати захищену медичну інформацію в наступних цілях:

**Для Лікування:** Ми можемо використовувати захищену медичну інформацію про вас, щоб надавати вам лікування або послуги. Ми можемо розкривати захищену медичну інформацію про вас лікарям, медсестрам, технічним фахівцям, фармацевтам, офісного персоналу або іншому персоналу, який займається турботою про вас і про ваше здоров'я.

Наприклад, ваш лікар може лікувати вас від серцевого захворювання, і йому потрібно знати, чи є у вас інші проблеми зі здоров'ям, які можуть ускладнити ваше лікування. Лікар може переглянути вашу історію хвороби, щоб вирішити, яке лікування вам найбільше підходить. Лікар також може розповісти іншого лікаря про ваш стан, щоб визначити найбільш підходящий варіант лікування.

Персонал в нашому офісі може розкривати інформацію про вас людям, які не працюють в нашому офісі, щоб координувати ваше лікування, наприклад, дзвонити по телефону в вашу аптеку, складати графік лабораторних робіт і замовляти рентгенівські знімки. Члени сім'ї та інші постачальники медичних послуг можуть бути частиною вашого медичного обслуговування за межами цього офісу і можуть зажадати інформацію про вас.

**Для Сплати:** Ми можемо використовувати і розкривати захищену медичну інформацію про вас, щоб за лікування і послуги, які ви отримуєте від нас, могли виставлятися рахунки, а оплата здійснювалася від вас, страхової компанії або третьої сторони.

Наприклад, нам може знадобитися повідомити вашим планом медичного страхування про пропонування лікуванні, щоб отримати попереднє схвалення або визначити, чи буде ваш план оплачувати лікування.

**Для Операцій у Сфері Охорони Здоров'я:** Ми можемо використовувати і розкривати захищену інформацію про ваше здоров'я, щоб гарантувати, що ви і інші наші пацієнти отримуєте якісну допомогу.

Наприклад, ми можемо використовувати вашу захищену медичну інформацію для оцінки роботи наших співробітників по догляду за вами. Ми також можемо використовувати захищену медичну інформацію про всі або деякі з наших пацієнтів, щоб допомогти нам вирішити, які додаткові послуги слід пропонувати, як ми можемо стати більш ефективними або ефективні певні нові методи лікування або ліки.

Ми також можемо розкривати вашу захищену медичну інформацію планам медичного страхування, які надають вам страхове покриття, і іншим постачальникам медичних послуг, які піклуються про вас. Розкриття вашої захищеної медичної інформації вашим планом медичного страхування і іншим постачальникам послуг може бути використано для поліпшення обслуговування, зниження витрат, координації послуг і дотримання закону.

**Альтернативи Лікування:** Ми можемо розповісти вам або порекомендувати можливі варіанти лікування або альтернативи, які можуть бути вам доступні.

**Товари та Послуги, пов'язані Зі Здоров'ям:** Ми можемо розповісти вам про продукти або послуги, пов'язані зі здоров'ям, які можуть вас зацікавити. Повідомте нам, якщо ви не хочете, щоб з вами зв'язувалися для нагадувань про прийом або якщо ви не хочете отримувати повідомлення про альтернативи лікування або продукти та послуги, пов'язаних зі здоров'ям. Надішліть письмовий запит Співробітників Відділу Нормативно-Правового Відповідності за адресою, вказаною в цьому повідомленні.

### **Інше Використання і Розкриття Інформації**

Ми можемо ділитися вашою інформацією іншими способами, зазвичай з метою суспільної охорони здоров'я чи наукових досліджень або для суспільного блага. Для отримання додаткової інформації про дозволеному використанні і розкритті інформації :

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

Наприклад, ми можемо використовувати або розкривати захищену медичну інформацію про вас для наступних цілей з урахуванням всіх застосовних юридичних вимог і обмежень:

- **Щоб Запобігти Серйозну Загрозу Здоров'ю та Безпеки:** Ми можемо використовувати і розкривати захищену медичну інформацію про вас, коли це необхідно, щоб запобігти серйозну загрозу вашому здоров'ю та безпеці або здоров'ю і безпеці населення або іншої особи.
- **Потрібно Законом:** Ми будемо розкривати захищену медичну інформацію про вас, коли це потрібно федеральним, державним або місцевим законодавством.
- **Дослідження:** Ми можемо використовувати і розкривати захищену медичну інформацію про вас для деяких видів медичних досліджень, які не вимагають вашого дозволу, наприклад, якщо інституційний наглядова рада (IRB) відхилив вимогу письмового дозволу. У всіх інших випадках ми будемо запитувати ваше дозвіл, якщо дослідник матиме доступ до вашого імені, адресою або інформації, яка ідентифікує вас, або якщо дослідник буде брати участь у вашому лікуванні в нашому офісі.
- **Донорство Органів та Тканин:** Ми можемо передавати вашу захищену медичну інформацію організаціям, які займаються закупівлею органів, трансплантацією очей або тканин, або банком донорства органів, якщо це необхідно для полегшення санкціонованого донорства від вас або трансплантації для вас.
- **Військові, Ветерани, Національна Безпека і Розвідка:** Якщо ви перебуваєте або входили до складу збройних сил або входили до складу співтовариств національної безпеки або розвідки, ми можемо використовувати і розкривати вашу захищену медичну інформацію відповідно до вимог військового командування або інших державних органів. Ми також можемо надати інформацію про іноземних військовослужбовців відповідному іноземному військовому відомству.
- **Компенсація Робочим:** Ми можемо використовувати і розкривати вашу захищену медичну інформацію для позовів про компенсацію працівникам або для аналогічних програм. Ці програми надають допомогу в разі виробничих травм або хвороб.
- **Ризики для Громадської Охорони Здоров'я:** Ми можемо використовувати і розкривати вашу зашкідливу медичну інформацію з причин громадської охорони здоров'я, щоб запобігти або контролювати хвороби, травми або

інвалідність; повідомляти про народження і смерті; повідомляти про передбачуване жорстоке поводження або нехтування, або про невіпадкових тілесні ушкодження; щоб повідомити про реакцію на ліки або проблеми з продуктами.

- **Заходи по Нагляду за Здоров'ям:** Ми можемо використовувати і розкривати вашу захищену медичну інформацію органу нагляду за охороною здоров'я для аудитів, розслідувань, інспекцій або ліцензування. При такому повідомленні може бути необхідно деяким державним і федеральним агентствам для моніторингу системи охорони здоров'я, державних програм і дотримання законів про громадянські права.
- **Судові Позови і Суперечки:** Якщо ви берете участь в судовому процесі або суперечці, ми можемо розкрити захищену інформацію про ваше здоров'я у відповідь на судове або адміністративне постанову. У відповідності з усіма застосовними юридичними вимогами ми також можемо розкрити захищену медичну інформацію про вас у відповідь на повістку в суд.
- **Правоохоронні Органи:** Ми можемо розкрити захищену медичну інформацію, якщо про це попросить співробітник правоохоронних органів у відповідь на постанову суду, повістку до суду, ордер, виклик або аналогічний процес з дотриманням всіх чинних правових вимог.
- **Коронери, Судмедексперти і Похоронні Бюро:** Ми можемо надати захищену медичну інформацію коронера або судмедексперта. Це може бути необхідно, наприклад, для ідентифікації померлої людини або визначення причини смерті.
- **Інформація, Яка Не Дозволяє Встановити Особистість:** Ми можемо використовувати або розкривати захищену медичну інформацію про вас таким чином, щоб не ідентифікувати вас особисто або не розкривати вашу особистість.
- **Ваш Вибір:** Щоб отримати певну медичну інформацію, ви можете повідомити нам, що ви хочете поділитися. Якщо у вас є чіткі переваги щодо того, як ми ділимося вашою інформацією в описаних нижче ситуаціях, зв'яжіться з нашим Спеціалістом по Дотриманню Нормативних Вимог, і ми докладемо розумні зусилля, щоб слідувати вашим інструкціям.

Наприклад, у вас є право і вибір повідомити нам, чи слід: надавати інформацію, таку як ваша РНІ, загальний стан або місцезнаходження, вашій родині, близьким друзям або іншим особам, які беруть участь у вашому лікуванні; Надавати інформацію в разі стихійного лиха, наприклад, в організацію з надання допомоги, щоб допомогти

знайти або повідомити вашу родину, близьких друзів або інших осіб, що надають вам допомогу; і виключити вашу інформацію, таку як ваше ім'я, номер кімнати або загальний стан, з довідника лікарні.

- **Сім'я і Друзі:** Ми можемо розкрити захищену медичну інформацію про вас членам вашої сім'ї або друзям, якщо ми отримаємо ваше усну згоду на це або якщо ми дамо вам можливість заперечити проти такого розкриття, і ви не будете заперечувати. Ми також можемо розкрити захищену медичну інформацію вашої сім'ї або друзям, якщо ми можемо зробити висновок з обставин, заснованих на нашому професійному судженні, що ви не будете заперечувати. Наприклад, ми можемо припустити, що ви погоджуєтеся з тим, що ми розкриваємо вашу захищену медичну інформацію вашому чоловікові, коли ви приводите чоловіка з вами в кімнату для огляду під час лікування або під час обговорення лікування.

У ситуаціях, коли ви не можете дати згоду через вашої відсутності або через вашу недієздатності або невідкладної медичної допомоги, ми можемо використовувати своє професійне судження і вирішити, що розкриття інформації члену вашої родини або одного відповідає вашим інтересам. У таких ситуаціях ми будемо розкривати тільки захищену медичну інформацію, що має відношення до участі людини в вашому лікуванні. Наприклад, ми можемо повідомити людині, який супроводжував вас в лікарню, що ви перенесли інсульт, та надати оновлену інформацію про ваш прогрес і прогнозі. Ми також можемо використовувати своє професійне судження, щоб порекомендувати, що в ваших інтересах дозволити іншій особі діяти від вашого імені, відвезти вас на прийом, забрати рецепти і / або медичне приладдя або рентгенівські знімки.

- **Інше Використання і Розкриття Захищеної Медичної Інформації:** Ми не будемо використовувати або розкривати вашу захищену медичну інформацію для будь-яких цілей, крім зазначених у попередніх розділах, без вашого письмового дозволу. Ми не будемо використовувати або розкривати вашу захищену медичну інформацію без вашого дозволу щодо: (i) використання і розкриття інформації в маркетингових цілях (Клініка Орегон (ТОС) може час від часу відправляти інформаційний бюлетень на адресу електронної пошти, пов'язаний з вашим Такий інформаційний бюлетень призначений для сприяння освітнім цілям нашої діяльності в галузі охорони здоров'я та для інформування вас про продукти і послуги, що надаються ТОС. Ви можете відмовитися від отримання цього інформаційного бюлетеня в будь-який час, слідуючи інструкціям щодо відмови від підписки в інформаційному бюлетені або оновивши налаштування вашого облікового запису); (ii) використання і розкриття інформації, що представляє собою продаж захищеної медичної інформації; (iii) більшість випадків використання і розкриття психотерапевтичних заміток; і (iv) інше використання та розкриття інформації, що не описане в цьому повідомленні. Якщо ви даєте

нам дозвіл на використання або розкриття захищеної медичної інформації про вас, ви можете відкликати цей дозвіл в будь-який час. Це повинно бути зроблено в письмовій формі і відправлено співробітнику щодо дотримання нормативних вимог за адресою, вказаною в цьому повідомленні. Якщо ви відкличете свій дозвіл, ми більше не будемо використовувати або розкривати інформацію про вас з причин, вказаних в вашому письмового дозволу, але ми не можемо відкликати будь-які види використання або розкриття інформації, вже зроблені з вашого дозволу.

У деяких випадках нам може знадобитися письмовий дозвіл для розкриття певних типів особливо захищеної інформації, такої як інформація про ВІЛ, зловживанні психоактивними речовинами, психічному здоров'ї або генетичному тестуванні.

### **Ваші Права Стосовно Захищеності Медичної Інформації Про Вас**

У вас є такі права щодо захищеної інформації про ваше здоров'я, яку ми зберігаємо про вас: с есть следующие права в отношении защищённой информации о вашем здоровье, которую мы храним о вас:

- **Право на Перевірку та Копіювання:** Ви маєте право перевіряти і отримувати копію вашої захищеної медичної інформації, такої як медичні записи та рахунки, які ми зберігаємо і використовуємо для прийняття рішень про вашому лікуванні. Копії вашої захищеної медичної інформації можуть бути отримані в електронному або паперовому форматі в залежності від вашого запиту, якщо її можна легко відтворити в такій формі і форматі. В іншому випадку копії будуть надані в альтернативній читається паперовій або електронній копії за погодженням між нами і вами. Ви повинні подати письмовий запит у свою клініку, щоб перевірити чи отримати копію вашої захищеної медичної інформації. Якщо ви запросите копію інформації, ми можемо стягувати плату за витрати на копіювання, пересилання поштою або інші супутні матеріали. Ми можемо відхилити ваш запит на перевірку і / або копіювання записів при певних обмежених обставин. Якщо вам відмовлено в копіях або доступі до захищеної медичної інформації, яку ми зберігаємо про вас, ви можете попросити переглянути наш відмова. Якщо закон дає вам право на перегляд нашої відмови, ми виберемо ліцензованого фахівця в галузі охорони здоров'я для розгляду вашого запиту і нашої відмови. Особа, яка проводить перевірку, чи не буде тією особою, яка відхилило ваш запит, і ми будемо дотримуватися результати перевірки.
- **Право на Внесення Поправок:** Якщо ви вважаєте, що захищена медична інформація про вас невірна або неповна, ви можете попросити нас змінити цю

інформацію. Ви маєте право запросити поправку, поки цей офіс зберігає інформацію.

Ми можемо відхилити ваш запит про внесення поправки, якщо ваш запит не оформлений в письмовій формі або не включає причину підтримки запиту. Крім того, ми можемо відхилити ваш запит, якщо ви попросите нас змінити інформацію, яку: Ми не створювали (за винятком випадків, коли фізична або юридична особа, яка створила інформацію, більше не є для внесення поправки); Чи не є частиною захищеної інформації про здоров'я, яку ми зберігаємо; Вам не дозволять перевіряти і копіювати.

Щоб запросити поправку, ви можете заповнити і відправити [Форму Прав Пацієнта](#), Розділ 2, доступний [тут](#) на нашій сторінці.

- **Право на Облік Розкриття Інформації:** Ви маєте право запросити «звіт про розкриття інформації». Це список розкриття нами медичної інформації про вас для цілей, відмінних від лікування, оплати, медичних операцій і обмеженого числа особливих обставин, пов'язаних з національною безпекою, виправними установами та правоохоронними органами. Цей список також не включатиме будь-яку інформацію, розкрити нами на підставі вашого письмового дозволу.

Щоб отримати цей список, ви повинні відправити письмовий запит співробітнику відділу нормативно-правової відповідності за адресою, вказаною в цьому повідомленні. У ньому має бути вказаний період часу, який не може перевищувати шести років і не може включати дати до 14 квітня 2003 г. У вашому запиті слід вказати, в якій формі ви хочете отримати список (наприклад, на папері або в електронному вигляді). Перший список, який ви запросите протягом 12-місячного періоду, буде безкоштовним. Для додаткових списків протягом 12-місячного періоду ми можемо стягувати з вас плату за надання списку. Ми повідомимо вас про пов'язаних витратах, і в цей час ви можете відкликати або змінити свій запит до того, як будуть понесені будь-які витрати.

Щоб запросити звіт, ви можете заповнити і відправити [Форму Прав Пацієнта](#), Розділ 3, доступний [тут](#) на нашій сторінці.

- **Право Вимагати Обмеження:** У вас є право запросити обмеження або обмеження щодо захищеної медичної інформації, яку ми використовуємо або розкриваємо про вас для лікування, оплати або медичних операцій. Ви також маєте право запросити обмеження на захищається медичну інформацію, яку ми розкриваємо про вас кому-небудь, хто бере участь в вашому лікуванні або його оплаті,



наприклад члену сім'ї або другу. Наприклад, ви можете попросити нас не використовувати і не розкривати інформацію про перенесеної вами операції. У вас також є право обмежити розкриття захищеної медичної інформації планом медичного страхування, в якому ви повністю оплатили послуги з власної кишені.

Ми не зобов'язані погоджуватися на ваш запит. Якщо ми погодимося, ми виконаємо ваш запит, за винятком випадків, коли така інформація необхідна для надання вам невідкладної допомоги або ми зобов'язані за законом використовувати або розкривати цю інформацію.

Щоб запросити обмеження, ви можете заповнити і відправити [Форму Прав Пацієнта](#), Розділ 1, доступний [тут](#) на нашій сторінці.

**Право Запросити Конфіденційність Комунікацію:** Ви маєте право вимагати, щоб ми спілкувалися з вами з медичних питань певним чином або в певному місці. Наприклад, ви можете попросити, щоб ми зв'язувалися з вами тільки на роботі або поштою.

Щоб запросити конфіденційний зв'язок, ви можете заповнити і відправити форму про права пацієнта, розділ 1 (або відправити свій письмовий запит співробітнику відділу нормативно-правової відповідності за адресою, вказаною в цьому повідомленні). Ми не будемо питати вас про причини вашого запиту. Ми виконаємо всі розумні запити. У вашому запиті необхідно вказати, як і де ви хочете, щоб з вами зв'язалися.

**Право на Отримання Бумажної Копії Цього Повідомлення:** Ви маєте право отримати паперову копію цього повідомлення. Ви можете попросити нас надати вам паперову копію нашого Повідомлення про правила дотримання конфіденційності в будь-який час. Навіть якщо ви погодилися отримувати його в електронному вигляді, ви все одно маєте право на отримання паперової копії.

Щоб отримати таку копію, зверніться до свого медичний офіс або до Фахівця по Дотриманню Нормативних вимог по телефону або адресою, вказаною в цьому повідомленні.

**Скарги:** Якщо ви вважаєте, що ваші права на конфіденційність були порушені, ви маєте право подати скаргу в наш офіс або секретарю Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб. Щоб подати скаргу в наш офіс, зв'яжіться з нашим Спеціалістом по Дотриманню Нормативних Вимог або зателефонуйте 1-866-915-0545. Ви не будете піддаватися покаранню або переслідуванню за подачу скарги.

**Зміни в Цьому Повідомленні:** Ми залишаємо за собою право змінити це повідомлення і зробити виправлене або змінений повідомлення чинним щодо медичної інформації, яку ми вже маємо про вас, а також будь-якої інформації, яку ми отримуємо в майбутньому. Ми опублікуємо поточну версію в офісі, вказавши дату вступу в силу в правому верхньому кутку першої сторінки. Актуальну версію ми також розмістимо на нашому сайті. Ви маєте право отримати копію чинного повідомлення.

**503-935-8000**

- Facebook
- Twitter
- YouTube
- LinkedIn
- Instagram