



**ENDEAVOR HEALTH
POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI**

W NINIEJSZYM POWIADOMIENIU O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI („POWIADOMIENIE”) OPISANO, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE ZAWARTE W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE ORAZ JAK MOŻNA UZYSKAĆ DO NICH DOSTĘP.

NALEŻY DOKŁADNE ZAPOZNAĆ SIĘ Z NINIEJSZYM POWIADOMIENIEM.

Endeavor Health oraz wszystkie jego podmioty zależne, powiązane i uczestnicy („Endeavor Health” lub „my”, „nasz” i wszystkie formy gramatyczne takich zaimków) są zobowiązani na mocy prawa do zachowania poufności informacji o dokumentacji medycznej, które obejmują chronione informacje zdrowotne pacjenta, w skrócie „PHI” („informacje zawarte w dokumentacji medycznej”, ang. Medical Record Information), oraz do dostarczenia pacjentom informacji o naszych obowiązkach prawnych i praktykach w zakresie prywatności w celu ochrony tych informacji.

Celem niniejszego powiadomienia jest zapewnienie zgodności z obowiązującymi przepisami prawa federalnego, prawami do prywatności oraz ochrony pacjentów, których prawa zostały opisane poniżej. Zastrzegamy sobie prawo do zmiany niniejszego Powiadomienia z dowolnej przyczyny, zgodnie z wymogami prawa lub w sposób niezakazany przez prawo. Zmiany te będą miały zastosowanie do wszystkich Informacji zawartych w dokumentacji medycznej oraz wszelkich innych informacji, które posiadamy na temat pacjenta.

PRAWA PACJENTA:

UZYSKANIE PAPIEROWEJ LUB ELEKTRONICZNEJ KOPII INFORMACJI ZAWARTYCH W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA:

- Przedstawiciel prawny pacjenta może zażądać papierowej lub elektronicznej kopii informacji zawartych w dokumentacji medycznej danego pacjenta.
- Jeżeli pacjent ma dostęp do portalu pacjenta Endeavor Health (np. NCH MyChart, NorthShoreConnect, Edward-Elmhurst Health MyChart itp.), może samodzielnie przeglądać i drukować ograniczoną część swoich informacji zawartych w dokumentacji medycznej.
- Należy zapoznać się z załącznikiem A w celu uzyskania szczegółowych informacji dotyczących sposobu, w jaki przedstawiciel prawny pacjenta może uzyskać papierową lub elektroniczną kopię informacji zawartych w jego dokumentacji medycznej.
- Za kopie dokumentacji medycznej możemy pobierać od pacjenta stosowną opłatę obowiązującą w stanie Illinois.

ENDEAVOR HEALTH**POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI**

- Możemy dostarczyć streszczenie lub kopię informacji zawartych w dokumentacji medycznej w wymaganym formacie. Odpowiemy na prośbę pacjenta w ciągu 30 dni od daty jej otrzymania.
- Powiadomimy pacjenta na piśmie, jeżeli: (1) będziemy potrzebować dodatkowych 30 dni na zrealizowanie jego prośby, (2) nie będziemy w stanie dostarczyć informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta w wymaganym formacie lub (3) będziemy zmuszeni odrzucić prośbę pacjenta – wówczas podamy przyczynę takiego odrzucenia.

ZWRÓCENIE SIĘ Z PROŚBĄ O SKORYGOWANIE LUB ZMIANĘ DOKUMENTACJI:

- Pacjent może poprosić o skorygowanie informacji zawartych w dokumentacji medycznej, które jego zdaniem są błędne lub niekompletne.
- Prośba musi być sporządzona w formie pisemnej.
- Możemy odrzucić tę prośbę. W takim wypadku wyślemy list z uzasadnieniem w ciągu 60 dni od daty otrzymania pisemnej prośby.

OTRZYMYWANIE INFORMACJI W SPOSÓB POUFNY:

Pacjent może poprosić na piśmie o kontaktowanie się z nim w określony sposób, dzwonienie pod inny numer telefonu lub wysyłanie poczty na określony adres. Nie musi podawać powodu. Postaramy się spełnić wszystkie racjonalne prośby. Jeśli nie będziemy w stanie skontaktować się z pacjentem we wskazanych przez niego miejscach, pod podanymi numerami telefonów lub w określony przez niego sposób, możemy skontaktować się z nim, wykorzystując wszelkie posiadane przez nas informacje. Nasze praktyki komunikacyjne obejmują, co następuje:

- Endeavor Health i/lub zakontraktowany dostawca zewnętrzny może kontaktować się z pacjentem telefonicznie i pisemnie lub, za jego zgodą, za pośrednictwem wiadomości tekstowej lub poczty elektronicznej w celu przekazania informacji związanych z opieką nad pacjentem, takich jak przypomnienie o wizycie, przekazanie pacjentowi instrukcji dotyczących badania lub zabiegu i/lub przypomnienie o profilaktycznych usługach zdrowotnych, badaniach przesiewowych, testach itp.
- Możemy komunikować się z pacjentem osobiście, pisemnie, przez połączenia telefoniczne (stacjonarne lub mobilne), za pośrednictwem bezpiecznej poczty elektronicznej, niezabezpieczonej poczty elektronicznej na życzenie pacjenta po poinformowaniu go o ryzyku i wyrażeniu przez niego zgody na to ryzyko, za pośrednictwem naszych portali dla pacjentów lub pozostawiając automatyczne albo nagrane wcześniej wiadomości na poczcie głosowej pacjenta.

ENDEAVOR HEALTH**POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI*****ZWRÓCENIE SIĘ DO NAS Z PROŚBĄ O OGRANICZENIE WYKORZYSTYWANIA LUB UDOSTĘPNIANIA INFORMACJI:***

Pacjent może poprosić nas o niewykorzystywanie lub nieudostępnianie niektórych informacji zawartych w dokumentacji medycznej innym podmiotom leczniczym, ubezpieczycielowi zdrowotnemu lub innemu ubezpieczycielowi z powodów związanych z płatnościami bądź w celach związanych z działalnością opieki zdrowotnej, takich jak kontakt w celu uczestnictwa w badaniach naukowych lub klinicznych oraz zbieranie funduszy, a także z innych powodów, które nie są zabronione przez prawo. Aby uzyskać informacje o sposobie rezygnacji z uczestnictwa, należy zapoznać się z załącznikiem A. Żądanie może być złożone na piśmie albo w sposób opisany w załączniku A.

Jeśli pacjent pokrywa cały koszt opieki zdrowotnej, leczenia lub innej usługi z własnych środków, może poprosić nas o nieudostępnianie tych informacji swojemu ubezpieczycielowi w celu dokonania płatności. Wyrazimy na to zgodę, chyba że prawo wymaga od nas udostępnienia informacji.

Uczestniczymy w programach elektronicznej dokumentacji medycznej pod nazwą Epic CareEverywhere® i EpicCare®Link oraz w innych niewymienionych tutaj programach udostępniania danych („programy udostępniania danych”). Te programy udostępniania danych zapewniają dostawcom zewnętrznym oraz dostawcom w ramach Endeavor Health wgląd w informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta dla celów związanych z leczeniem. Pacjent może nie wyrazić zgody na uczestniczenie w Epic CareEverywhere. Aby uzyskać informacje o sposobie rezygnacji z uczestnictwa w Epic CareEverywhere, należy zapoznać się z załącznikiem A.

ZWRÓCENIE SIĘ DO NAS Z PYTANIEM, KOMU UDOSTĘPNILIŚMY INFORMACJE ZAWARTE W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA:

Dostarczymy pacjentowi listę (wykaz) niektórych ujawnień informacji zawartych w dokumentacji medycznej, nieobejmującą ujawnień dotyczących leczenia, płatności, działań operacyjnych w ramach opieki zdrowotnej, niektórych innych ujawnień wymaganych przez prawo oraz wszelkich ujawnień, o które pacjent poprosił (łącznie określane jako „wykaz ujawnień”). Pacjent może zwrócić się do nas o wykaz ujawnień za okres do sześciu (6) lat poprzedzających datę złożenia wniosku. Wykaz ujawnień będzie zawierał informacje o tym, komu i dlaczego udostępniono informacje zawarte w dokumentacji medycznej. Prośba ta musi być złożona na piśmie, jak opisano w załączniku A. W większości przypadków wyślemy wykaz ujawnień w ciągu 60 dni od otrzymania prośby. Jeśli będziemy potrzebować dodatkowych 30 dni, poinformujemy o tym pacjenta.

Wykaz dostarczymy bezpłatnie jeden raz w ciągu 12 miesięcy od daty otrzymania prośby. Pacjent może poprosić o dodatkowe kopie w ciągu 12 miesięcy, a za każdą dodatkową żadaną kopię pobierzemy od niego stosowną, opartą na uzasadnionych kosztach opłatę.

ENDEAVOR HEALTH**POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI*****ZWRÓCENIE SIĘ Z PROŚBĄ O KOPIĘ NINIEJSZEGO POWIADOMIENIA:***

Pacjent może otrzymać kopię niniejszego Powiadomienia w formie elektronicznej za pośrednictwem poczty elektronicznej, portalu pacjenta lub naszych stron internetowych. Pacjent może w każdej chwili poprosić o papierową kopię niniejszego powiadomienia osobiście lub pocztą, nawet jeśli wyraził zgodę na otrzymywanie powiadomień drogą elektroniczną.

WYBRANIE OSOBY DZIAŁAJĄCEJ W IMIENIU PACJENTA:

Jeśli pacjent wyznaczył kogoś jako swojego przedstawiciela osobistego poprzez pełnomocnictwo medyczne lub ktoś jest jego opiekunem prawnym, osoba ta może korzystać z pewnych praw i podejmować decyzje medyczne za pacjenta, a my będziemy udostępniać tej osobie informacje zawarte w dokumentacji medycznej.

ZŁOŻENIE SKARGI W PRZYPADKU PODEJRZENIA NARUSZENIA PRAW PACJENTA:

Pacjent może złożyć skargę, jeżeli uważa, że naruszyliśmy jego prawa, kontaktując się z:

- Wyznaczonym biurem ds. prywatności w Endeavor Health: pisemnie pod adresem Endeavor Health, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555; za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem privacyofficer@ehealth.org; lub telefonicznie pod numerem (847) 570-5284.
- Pacjent może też złożyć skargę w Biurze Praw Obywatelskich Wydziału Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) za pośrednictwem poczty: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201; telefonicznie pod numerem 1-877-696-6775 lub pocztą elektroniczną pod adresem www.hhs.gov/privacy/hipaa/complaints/.

Nie będziemy podejmować działań odwetowych wobec pacjenta za złożenie skargi w dobrej wierze.

OŚWIADCZENIE O SWOICH WYBORACH:

Pacjent może dokonywać pewnych wyborów dotyczących sposobu wykorzystywania przez nas informacji zawartych w dokumentacji medycznej. Ponadto pacjent może wskazać osobę, której możemy udostępnić jego informacje zawarte w dokumentacji medycznej lub, w pewnych okolicznościach, osobę, której nie powinniśmy udostępniać jego informacji zawartych w dokumentacji medycznej.

Pacjent ma prawo poinformować nas o tym, w jaki sposób:

- udostępniać informacje zawarte w dokumentacji medycznej rodzinie, osobom kontaktowym lub innym osobom zaangażowanym w opiekę nad pacjentem;

ENDEAVOR HEALTH**POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI**

- udostępniać informacje zawarte w dokumentacji medycznej w nagłych sytuacjach lub w przypadku katastrof oraz
- zamieścić informacje zawarte w dokumentacji medycznej w katalogu szpitalnym.

Na przykład do celów działań operacyjnych szpitala możemy umieścić nazwisko pacjenta, lokalizację szpitala, ogólny stan zdrowia i/lub zidentyfikowane wyznanie w kartotece szpitala, chyba że pacjent poprosi, aby tego nie robić. Możemy ujawnić te informacje członkom naszego zespołu opieki duchowej. Pacjent może poinformować nas, że nie chce zostać umieszczony w kartotece szpitalnej, lub wskazać informacje, które chce udostępnić. Jeżeli pacjent nie jest w stanie przekazać nam tych informacji, możemy podjąć działania i udostępnić te informacje, jeżeli uznamy, że leży to w najlepszym interesie pacjenta. Możemy również udostępnić te informacje, gdy jest to konieczne, aby zmniejszyć poważne i/lub bezpośrednio zagrożenie wystąpienia szkód w odniesieniu do pacjenta lub innych osób.

Jeśli nie otrzymaliśmy zgody pacjenta lub nie jest to dozwolone przez prawo, nie będziemy:

- wykorzystywać informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta do celów marketingowych;
- sprzedawać informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta;
- ujawniać informacji zawartych w dokumentacji medycznej i dotyczących leczenia zaburzeń behawioralnych, alkoholowych lub związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych i/lub innych wrażliwych diagnoz, w tym notatek z psychoterapii; ani
- ujawniać żadnych informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta do rejestrów sponsorowanych przez państwo.

O ile pacjent nie wyrazi sprzeciwu, możemy kontaktować się z nim w celu pozyskania funduszy na wsparcie nas samych oraz naszej misji zapewnienia opieki zdrowotnej. Zgodnie z obowiązującym prawem do kontaktu z pacjentem możemy wykorzystywać następujące informacje: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, daty świadczenia usług, wiek, płeć, dział świadczący usługi, lekarz prowadzący, informacje o wynikach oraz status ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeśli pacjent nie chce, aby się z nim kontaktowano, należy postępować zgodnie z instrukcjami zawartymi w załączniku A dotyczącymi składania wniosków.

W JAKI SPOSÓB WYKORZYSTUJEMY I UDOSTĘPNIAMY DANE PACJENTA:

O ile prawo tego nie zabrania, możemy bez powiadomienia ani zgody wykorzystywać i/lub udostępniać informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta w ramach Endeavor Health oraz stronom zewnętrznym do celów związanych z leczeniem, płatnościami i prowadzeniem działań operacyjnych. Poniżej znajduje się niewyczerpująca lista przykładów dotyczących tego, w jaki sposób Endeavor Health może udostępniać informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta:

ENDEAVOR HEALTH**POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI**

- cele badawcze, takie jak przygotowanie do badań naukowych lub jeśli nasza komisja bioetyczna (Institutional Review Board, IRB) zatwierdzi zmianę albo uchylenie upoważnienia;
- ze względów związanych ze zdrowiem publicznym, takich jak zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób;
- ze względów bezpieczeństwa, takich jak pomoc w zgłaszaniu wycofania produktu z rynku lub zgłaszanie negatywnych reakcji na leki;
- zgłaszanie podejrzeń dotyczących nadużycia, zaniedbania lub wykorzystania, np. znęcanie się nad dziećmi, członkami gospodarstwa domowego lub osobami starszymi;
- dla celów poprawy jakości;
- zachowanie zgodności z obowiązującym prawem stanu Illinois i prawem federalnym (takim jak HIPAA), które obejmuje raportowanie do stanowych i federalnych instytucji regulacyjnych, takich jak Wydział Zdrowia Publicznego stanu Illinois i/lub Sekretarz Zdrowia i Usług Społecznych;
- dawstwo organów;
- współpraca z koronerem, lekarzem sądowym lub przedsiębiorcą pogrzebowym;
- udzielenie odpowiedzi na zapytania agentów ubezpieczeń pracowniczych, organów ścigania lub innych instytucji rządowych w zakresie dozwolonym przez prawo;
- udzielenie odpowiedzi na pozwy sądowe oraz inne działania prawne;
- udostępnianie informacji stronom trzecim, które świadczą usługi medyczne, płatnicze oraz operacyjne w zakresie opieki zdrowotnej i mogą wymagać wykorzystania informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta oraz podlegają przepisom HIPAA i są zobowiązane do ochrony prywatności oraz bezpieczeństwa informacji zawartych w dokumentacji medycznej w taki sam sposób jak Endeavor Health;
- w celu wysłania kartoteki szczepień pacjenta do Rejestru szczepień stanu Illinois, pracodawców lub szkół z powodów związanych ze zdrowiem publicznym, a także, jeśli ma to zastosowanie, uzyskania odpowiedniej zgody;
- wysyłanie informacji rodzicom lub opiekunom prawnym, jeśli pacjent jest niepełnoletni, w wieku poniżej 18. roku życia, chyba że nie zezwala na to prawo stanu Illinois lub prawo federalne;
- rozwój technologii opieki zdrowotnej, takich jak uczenie maszynowe i sztuczna inteligencja, które mogą poprawić jakość, proces i/lub rezultaty związane z opieką.

Oprócz innych zastosowań i ujawnień niezabronionych przez prawo możemy wykorzystywać informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta w celu utworzenia informacji zdrowotnych pozbawionych elementów identyfikacyjnych (De-identified Health Information, DHI), których zgodnie z HIPAA nie można zidentyfikować. Możemy również ujawnić informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta partnerowi biznesowemu w celu utworzenia DHI. Możemy wykorzystywać, udostępniać i/lub ujawniać DHI bez zgody pacjenta do wszelkich celów zgodnych z prawem, w tym między innymi do celów komercyjnych, jak również możemy zezwolić stronom trzecim na takie same działania.

ENDEAVOR HEALTH**POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI*****NASZE ZOBOWIĄZANIA:***

- Jesteśmy zobowiązani przez obowiązujące prawo stanu Illinois i prawo federalne do zachowania prywatności oraz bezpieczeństwa informacji zawartych w dokumentacji medycznej.
- Poinformujemy pacjenta o naruszeniu prywatności lub bezpieczeństwa informacji zawartych w dokumentacji medycznej.
- Jesteśmy zobowiązani do przestrzegania obowiązków i praktyk w zakresie ochrony prywatności opisanych w niniejszym Powiadomieniu oraz przekazania pacjentowi pisemnej kopii na żądanie.
- Nie będziemy wykorzystywać ani udostępniać informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta w sposób inny niż opisany w niniejszym Powiadomieniu, chyba że pacjent wyrazi na to zgodę na piśmie. Pacjent może w każdej chwili zmienić zdanie, informując nas o tym na piśmie. Decyzja o zmianie zdania nie będzie miała wpływu na żadne wykorzystanie ani udostępnienie informacji zawartych w dokumentacji medycznej przed datą otrzymania przez Endeavor Health pisemnej prośby.
- Będziemy chronić informacje genetyczne pacjenta zgodnie z obowiązującym prawem.

Niniejszy dokument został sporządzony w języku angielskim. Jeżeli niniejszy dokument zostanie przetłumaczony na jakikolwiek inny język, nadrzędną moc ma wersja angielska.

Data wejścia w życie niniejszego Powiadomienia: 2 stycznia 2024 r.

Niniejsze Powiadomienie o praktykach w zakresie ochrony prywatności dotyczy podmiotu powiązanego Endeavor Health Affiliated Covered Entity. Dotyczy ono wszystkich jego działów, jednostek, zatrudnionych pracowników służby zdrowia, studentów oraz członków grup wolontariuszy, którzy mogą pomagać pacjentowi podczas pobytu lub leczenia w placówce Endeavor Health. Wszystkie te podmioty przestrzegają warunków niniejszego Powiadomienia o praktykach w zakresie ochrony prywatności i mogą udostępniać sobie nawzajem informacje na temat pacjenta w celach związanych z leczeniem, płatnościami lub działaniami w zakresie opieki zdrowotnej. Ta lista może być okresowo aktualizowana. Aby uzyskać aktualną listę uczestniczących podmiotów, należy skontaktować się z biurem ds. prywatności Endeavor Health pod adresem Endeavor Health, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555 lub za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem privacyofficer@eehealth.org.

Endeavor Health prowadzi wyznaczony zestaw rejestrów przy użyciu elektronicznego rejestru zdrowia („system EMR”) współdzielonego z niektórymi innymi lokalnymi przychodniami lekarskimi, które uczestniczą w organizacji opieki odpowiedzialnej (accountable care organization, ACO). Poprzez system EMR informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjentów Endeavor Health są konsolidowane z informacjami innych dostawców, którzy uczestniczą w systemie EMR (każdy z nich zwany „podmiotem uczestniczącym”, a wspólnie „podmiotami uczestniczącymi”), tak aby każdy pacjent miał jednolitą, ciągłą

ENDEAVOR HEALTH**POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI**

dokumentację zdrowotną w odniesieniu do usług opieki zdrowotnej świadczonych przez podmioty uczestniczące. W związku z tym podmioty uczestniczące utworzyły jeden lub więcej zorganizowanych systemów opieki zdrowotnej, w których podmioty uczestniczące biorą udział we wspólnej ocenie wykorzystania i/lub działaniach związanych z zapewnieniem jakości oraz jako takie kwalifikują się do uczestnictwa w Porozumieniu dotyczącym zorganizowanej opieki zdrowotnej (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Z ograniczonymi wyjątkami, jako uczestnicy OHCA, wszystkie podmioty uczestniczące oraz ACO mogą wykorzystywać i ujawniać informacje zawarte w dokumentacji medycznej i zamieszczone w systemie EMR do celów związanych z leczeniem, płatnościami oraz prowadzeniem działalności przez system opieki zdrowotnej każdego z uczestników OHCA i/lub ACO.

Endeavor Health prowadzi swój wyznaczony zestaw rejestrów przy użyciu elektronicznego rejestru zdrowia („system EMR”) współdzielonego z niektórymi innymi systemami opieki zdrowotnej, takimi jak University of Chicago Medical Center, The University Chicago Health Care Components, Advocate Health i Hospitals Corporation (prowadzący działalność pod nazwą Advocate Children’s Hospital), NorthShore University HealthSystem, Edward Hospital, Elmhurst Memorial Hospital, Linden Oaks Hospital oraz Chicagoland Children’s Health Alliance (zbiorczo zwane „CCHA”). Poprzez system EMR informacje zawarte w dokumentacji medycznej są łączone z informacjami pochodzącymi od innych świadczeniodawców w ramach CCHA, którzy uczestniczą w CCHA (każdy zwany z osobna „podmiotem uczestniczącym”, a łącznie „podmiotami uczestniczącymi”). W związku z tym podmioty uczestniczące utworzyły jeden lub więcej zorganizowanych systemów opieki zdrowotnej, w których podmioty uczestniczące biorą udział we wspólnej ocenie wykorzystania i/lub działaniach związanych z zapewnieniem jakości oraz jako takie kwalifikują się do uczestnictwa w Porozumieniu dotyczącym zorganizowanej opieki zdrowotnej (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Z ograniczonymi wyjątkami, jako uczestnicy OHCA, wszystkie podmioty uczestniczące oraz CCHA mogą wykorzystywać i ujawniać informacje zawarte w dokumentacji medycznej wspólnych pacjentów do celów związanych z leczeniem, płatnościami oraz prowadzeniem działań operacyjnych przez system opieki zdrowotnej każdego z uczestników OHCA i/lub CCHA.

ENDEAVOR HEALTH
POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI

ENDEAVOR HEALTH POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI ZALĄCZNIK A – JAK SKORZYSTAĆ Z PRAW PACJENTA			
Prawa pacjenta	Pacjenci Endeavor Health Clinical Operations (dawniej Northshore) i Swedish Hospital	Pacjenci Northwest Community Healthcare	Pacjenci Edward-Elmhurst Health
Złożenie wniosku o otrzymanie kopii swojej dokumentacji medycznej poprzez wypełnienie formularza upoważnienia do ujawnienia dokumentacji i wysłanie go:	Poprzez portal pacjenta: NorthShore Connect; Pocztą: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 Faksem: (847) 982-4499 Pocztą elektroniczną: releaseforms@northshore.org	Pocztą: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Faksem: (847) 618-3249 Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org	Pocztą: Edward Hospital, Linden Oaks Hospital lub Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 801 South Washington Street Naperville, IL 60540 Elmhurst Hospital lub Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 155 E. Brush Hill Road Elmhurst, IL 60126
Złożenie wniosku o zmianę lub korektę dokumentacji medycznej:	Pocztą: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 Pocztą elektroniczną: HIMservices@northshore.org	Pocztą: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Dept. 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Faksem: (847) 618-3249 Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org	Telefonicznie: (331) 221-6936
Złożenie wniosku o otrzymanie poufnych informacji:	Pocztą: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 Pocztą elektroniczną: HIMservices@northshore.org	Pocztą: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Faksem: (847) 618-3249 Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org	Pocztą: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540
Złożenie wniosku o rezygnację z uczestnictwa w programie Epic Care Everywhere	W przypadku wszystkich naszych szpitali, grup lekarskich oraz miejsc opieki nad pacjentami należy skontaktować się: Telefonicznie: (331) 221-0714		
Złożenie wniosku o zaprzestanie kontaktu w sprawie badań naukowych i klinicznych	W przypadku wszystkich naszych szpitali, grup lekarskich oraz miejsc opieki nad pacjentami należy skontaktować się: Telefonicznie: (224) 364-7100.		

ENDEAVOR HEALTH
POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI

ENDEAVOR HEALTH POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI ZAŁĄCZNIK A – JAK SKORZYSTAĆ Z PRAW PACJENTA			
Prawa pacjenta	Pacjenci Endeavor Health Clinical Operations (dawniej Northshore) i Swedish Hospital	Pacjenci Northwest Community Healthcare	Pacjenci Edward-Elmhurst Health
Złożenie wniosku o ograniczenie wykorzystania i ujawnienie informacji medycznych:	Pocztą: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170, Skokie, IL 60077 Pocztą elektroniczną: HIMservices@northshore.org	Pocztą: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Faksem: (847) 618-3249 Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org	Pocztą: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540 Telefonicznie: (331) 221-6936
Złożenie wniosku o wykaz ujawnień:	Pocztą: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 Pocztą elektroniczną: HIMservices@northshore.org	Pocztą: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Faksem: (847) 618-3249 Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org	Pocztą: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540
Złożenie wniosku o zaprzestanie otrzymywania informacji marketingowych:	Telefonicznie: (847) 570-3187 Pocztą elektroniczną: marketing@northshore.org		
Złożenie wniosku o zaprzestanie otrzymywania informacji od fundacji:	<u>NorthShore Foundation:</u> Telefonicznie: (224) 364-7600 Pocztą elektroniczną: philanthropy@northshore.org <u>Swedish Hospital Foundation:</u> Telefonicznie: (773) 293-5121 Pocztą elektroniczną: schfoundation@schosp.org	<u>Northwest Community Hospital Foundation:</u> Telefonicznie: (847) 618-4260 Pocztą elektroniczną: foundation@nch.org	<u>Edward Hospital Foundation:</u> Telefonicznie: (630) 527-3954 Pocztą elektroniczną: edward.foundation@eehealth.org <u>Elmhurst Memorial Hospital Foundation:</u> Telefonicznie: (331) 221-4483 Pocztą elektroniczną: Elmhurst.Foundation@EEHealth.org