



ENDEAVOR HEALTH

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ

У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ (ДАЛІ – "ПОВІДОМЛЕННЯ") ОПИСАНО ТЕ, ЯК ВАШУ МЕДИЧНУ ІНФОРМАЦІЮ МОЖЕ БУТИ ВИКОРИСТАНО Й РОЗКРИТО І ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО НЕЇ.

УВАЖНО ОЗНАЙОМТЕСЯ ІЗ ЦИМ ДОКУМЕНТОМ.

Організація Endeavor Health і всі її дочірні компанії, філії та учасники (далі – "Endeavor Health", "ми", "нас" або "наш") зобов'язані за законом зберігати конфіденційність вашої медичної інформації, яка містить захищені дані про стан вашого здоров'я (Protected Health Information, PHI), а також надати вам повідомлення про свої юридичні обов'язки й політику конфіденційності щодо захисту цієї інформації.

Ми використовуємо це Повідомлення, щоб дотримуватися положень чинного федерального законодавства, прав на конфіденційність і положень щодо захисту пацієнтів, права яких описано нижче. Ми залишаємо за собою право змінювати це Повідомлення з будь-якої причини, якщо цього вимагає закон або якщо це не заборонено законом. Зміни поширюються на всю вашу медичну інформацію і будь-які інші дані про вас, якими ми володіємо.

ВАШІ ПРАВА.

ОТРИМАТИ ПАПЕРОВУ АБО ЕЛЕКТРОННУ КОПІЮ СВОЄЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ.

- Ви або ваш законний представник можете попросити паперову або електронну копію вашої медичної інформації, яку ми зберігаємо.
- Якщо у вас є доступ до порталу для пацієнтів Endeavor Health (наприклад, NCH MyChart, NorthShoreConnect, Edward-Elmhurst Health MyChart тощо), ви можете самостійно переглянути й роздрукувати обмежену частину своєї медичної інформації.
- Ознайомтеся з Додатком А, де вказано, як ви або ваш законний представник можете отримати паперову або електронну копію вашої медичної інформації.
- За копії вашої медичної інформації ми можемо стягувати встановлену штатом Іллінойс щорічну плату, що залежить від обґрунтованих витрат.
- Ми можемо надати анотацію або копію вашої медичної інформації в зручному для вас форматі. Ми надамо відповідь на ваш запит протягом 30 днів із моменту його отримання.
- Ми повідомимо вам у письмовій формі, якщо: (1) нам знадобиться ще 30 днів, щоб виконати ваш запит; (2) ми не зможемо надати вашу медичну інформацію в зручному для вас форматі; (3) ми мусимо відхилити ваш запит із зазначенням причини.

ENDEAVOR HEALTH**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ*****ПОПРОСИТИ НАС ВИПРАВИТИ АБО ДОПОВНИТИ ВАШУ МЕДИЧНУ ІНФОРМАЦІЮ.***

- Ви можете попросити нас виправити вашу медичну інформацію, якщо вважаєте її неправильною або неповною.
- Запит має бути подано в письмовій формі.
- Ми можемо відхилити ваш запит. У такому разі надішлемо вам лист із зазначенням причини протягом 60 днів із дати отримання вашого письмового запиту.

ОТРИМУВАТИ КОНФІДЕНЦІЙНІ ПОВІДОМЛЕННЯ.

Ви можете письмово попросити нас зв'язуватися з вами певним способом, телефонувати за іншим номером телефону або надсилати листи на вказану адресу. Ви не зобов'язані зазначати причину свого рішення. Ми намагатимемося задовольняти всі обґрунтовані запити. Якщо ми не зможемо зв'язатися з вами за вказаними адресами, номерами телефонів або іншими вибраними способами, ми можемо зробити це, використовуючи будь-яку наявну в нас інформацію. Ми підтримуємо зв'язок із пацієнтами наведеними нижче способами.

- Endeavor Health і/або сторонній постачальник, з яким укладено договір, може зв'язатися з вами телефоном, у письмовій формі або за вашою згодою надіслати текстове повідомлення чи електронний лист, щоб надати інформацію, пов'язану з лікуванням, наприклад нагадати про прийом, надати інструкції щодо вашого аналізу чи процедури та/або нагадати про профілактичні медичні послуги, скринінги, тестування тощо.
- Ми можемо звернутися до вас особисто, письмово, за допомогою телефону або мобільного зв'язку, надіслати лист захищеною та/або незахищеною електронною поштою за запитом (після того як пацієнта було поінформовано про ризики, і він готовий їх прийняти), через наші портали для пацієнтів; або ми можемо залишати автоматизовані чи попередньо записані повідомлення на вашій голосовій пошті.

ПОПРОСИТИ НАС ОБМЕЖИТИ ТЕ, ЯКУ ІНФОРМАЦІЮ МИ ВИКОРИСТОВУЄМО АБО ПОШИРЮЄМО.

Ви можете попросити нас не використовувати або не передавати певну медичну інформацію іншим постачальникам послуг, які вас лікують, вашій медичній або іншій страховій компанії з міркувань оплати або для проведення медичної діяльності, наприклад для участі в дослідженні або клінічному випробуванні, збору коштів або з інших причин, не заборонених законодавством. Ознайомтеся з Додатком А, де вказано, як відмовитися від участі. Цей запит можна подати в письмовій формі або так, як описано в Додатку А.

Якщо ви сплачуєте повну вартість медичних послуг, лікування або іншого товару чи послуги самостійно, то можете попросити нас не передавати цю інформацію вашій страховій компанії для здійснення виплат. Ми погодимося, якщо не мусимо передати вашу інформацію за законом.

ENDEAVOR HEALTH**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

Ми беремо участь у програмах ведення електронної медичної документації під назвами Epic CareEverywhere® й EpicCare®Link, а також в інших програмах обміну даними, які не перелічено тут (далі – "Програми обміну даними"). Ці Програми обміну даними дають можливість постачальникам, які входять і не входять до складу Endeavor Health, переглядати вашу медичну інформацію для проведення лікування. Ви можете подати запит на відмову від участі в програмі Epic CareEverywhere. Ознайомтеся з Додатком А, де вказано, як відмовитися від участі в програмі Epic CareEverywhere.

ДІЗНАТИСЯ, КОМУ МИ НАДАЛИ ДОСТУП ДО ВАШОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ.

Ми надамо вам перелік (звіт) певних випадків розкриття вашої медичної інформації, за винятком розкриття даних про лікування, оплату, організацію медичних послуг, деякі інші випадки розкриття інформації, передбачені законом, а також будь-яку інформацію, яку ви попросили нас розкрити (далі – "Звіт про розкриття інформації"). Ви можете звернутися до нас із запитом на отримання Звіту про розкриття інформації за період до 6 (шести) років, що передує даті запиту. У Звіті про розкриття інформації буде вказано, кому ми передали вашу медичну інформацію і чому. Цей запит необхідно подати в письмовій формі, як описано в Додатку А. У більшості випадків ми надсилаємо Звіт про розкриття інформації протягом 60 днів із моменту отримання запиту. Якщо нам знадобляться додаткові 30 днів, ми повідомимо вас про це.

Список можна отримати безкоштовно 1 раз на 12 місяців (відлік іде з дати отримання запиту). Ви можете запросити додаткові копії протягом цих 12 місяців, і ми стягуватимемо з вас обґрунтовану плату, що залежить від витрат, за кожний додатковий запитуваний звіт.

ПОПРОСИТИ НАДАТИ КОПІЮ ЦЬОГО ПОВІДОМЛЕННЯ.

Ви можете отримати копію цього Повідомлення електронною поштою, на Порталі пацієнта або на наших вебсайтах. Ви можете будь-коли попросити надати вам особисто або поштою паперову копію цього Повідомлення, навіть якщо ви погодилися отримати його в електронній формі.

ВИБРАТИ ОСОБУ, ЯКА ДІЯТИМЕ ВІД ВАШОГО ІМЕНІ.

Якщо ви призначили когось своїм уповноваженим представником за допомогою медичної довіреності або хтось є вашим законним опікуном, ця особа може мати певні права й приймати рішення щодо вашого лікування замість вас, і ми надамо їй вашу медичну інформацію.

ПОДАТИ СКАРГУ, ЯКЩО ВИ ВВАЖАЄТЕ, ЩО ВАШІ ПРАВА БУЛО ПОРУШЕНО.

Ви можете подати скаргу, звернувшись до нас, якщо вважаєте, що ми порушили ваші права.

ENDEAVOR HEALTH**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

- Контактні дані Уповноваженого відділу з питань конфіденційності організації Endeavor Health (Designated Privacy Office for Endeavor Health) наведено далі. Адреса (для письмових звернень): Endeavor Health, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555. Ел. пошта: privacyofficer@eehealth.org. Номер телефону: (847) 570-5284.
- Ви можете подати скаргу до Управління з питань громадянських прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) поштою за такою адресою: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201. Номер телефону: 1 (877) 696-6775. Ел. пошта: www.hhs.gov/privacy/hipaa/complaints/.

Ми не мститимемося вам за подання обґрунтованої скарги.

ОБГОВОРИТИ СВІЙ ВИБІР.

У вас може бути кілька варіантів того, як ми використовуватимемо вашу медичну інформацію. Крім того, ви можете повідомити нам, з ким можна поділитися вашою медичною інформацією, а з ким – ні (за певних обставин).

Ви маєте право визначити, чи можемо ми виконувати наведені нижче дії.

- Передавати вашу медичну інформацію вашій родині, особистим контактам або іншим особам, які беруть участь у лікуванні.
- Надавати вашу медичну інформацію в екстрених випадках або під час катастрофи.
- Внести вашу медичну інформацію до нашого лікарняного довідника.

Наприклад, для організації роботи лікарні ми можемо внести ім'я пацієнта, адресу лікарні, інформацію про загальний стан здоров'я та/або віросповідання в наш лікарняний довідник, якщо тільки пацієнт не попросить нас цього не робити. Ми можемо розкрити цю інформацію членам нашої команди духовної підтримки. Ви можете повідомити нам, яку саме інформацію можна внести в довідник, або сказати, що не хочете вносити її зовсім. Якщо ви не можете повідомити нас про це, ми можемо використати відповідну інформацію, якщо вважатимемо, що це відповідає вашим інтересам. Ми також можемо поділитися цією інформацією, якщо це необхідно для запобігання серйозної та/або неминучої загрози заподіяння шкоди вам або іншим особам.

Ми не можемо виконати наведені нижче дії, якщо в нас немає вашого дозволу або це не дозволено законом.

- Використати вашу медичну інформацію в маркетингових цілях.
- Продати вашу медичну інформацію.

ENDEAVOR HEALTH**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

- Розкрити вашу медичну інформацію, що стосується лікування поведінкових розладів, розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю чи наркотичних речовин і/або інших чутливих діагнозів, зокрема записів щодо проходження психотерапії.
- Розкрити будь-яку вашу медичну інформацію державним реєстрам.

Якщо ви не скажете нам не робити цього, ми можемо зв'язуватися з вами з метою збору коштів для підтримки нас і нашої місії з надання медичної допомоги. Відповідно до чинного законодавства, ми можемо використовувати таку інформацію для зв'язку з вами: ім'я, адресу, номер телефону, дати надання послуг, вік, стать, відділ надання послуг, ім'я лікаря, інформацію про результати лікування й статус медичного страхування.

Якщо ви не бажаєте, щоб із вами зв'язувалися, подайте запит відповідно до інструкцій, наведених у Додатку А.

ЯК МИ ВИКОРИСТОВУВАТИМЕМО Й ПЕРЕДАВАТИМЕМО ВАШУ ІНФОРМАЦІЮ.

Якщо це не заборонено законом, ми можемо без попередження або дозволу використовувати та/або передавати вашу медичну інформацію в межах Endeavor Health і стороннім особам для цілей, пов'язаних із лікуванням, оплатою та організацією. Нижче наведено неповний перелік прикладів того, як Endeavor Health може розкривати вашу медичну інформацію.

- Для дослідницьких цілей (наприклад, підготовки до наукового дослідження); або якщо наша Інституційна наглядова рада (Institutional Review Board, IRB) схвалить зміну або відмову від дозволу.
- З міркувань громадського здоров'я (наприклад, для запобігання поширенню хвороб).
- З міркувань безпеки (наприклад, щоб повідомити про вилучення товару з продажу або побічні реакції на ліки).
- Для повідомлення про підозри в зловживанні, нехтуванні або експлуатації (наприклад, насильство над дітьми, домашнє насильство або насильство над людьми похилого віку).
- Для покращення якості надання послуг.
- З метою дотримання чинного законодавства штату Іллінойс і федерального законодавства (наприклад, Закону про мобільність і підзвітність медичного страхування (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)), що передбачає звітування перед державними й федеральними регуляторними органами, як-от Департамент охорони здоров'я штату Іллінойс (State of Illinois Department of Public Health) і/або Міністр охорони здоров'я та соціальних служб (Secretary of Health and Human Services).
- Для донорства органів.
- Для роботи зі слідчим, судмедекспертом або директором похоронного бюро.
- Для відповідей на запити Служби відшкодування шкоди працівникам (Workers' Compensation), правоохоронних органів або інших державних органів у межах, дозволених законом.

ENDEAVOR HEALTH**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

- Для реагування на судові позови й інші юридичні дії.
- Для передачі третім особам, які надають медичні, платіжні й операційні послуги в галузі охорони здоров'я і можуть вимагати використання вашої медичної інформації, а також підпадають під дію HIPAA й зобов'язані захищати конфіденційність і безпеку вашої медичної інформації так само, як і Endeavor Health.
- Для надсилання ваших даних про імунізацію до Реєстру імунізації штату Іллінойс (State of Illinois Immunization Registry), роботодавцям або школам із міркувань громадського здоров'я і за умови отримання належної згоди, якщо це можливо.
- Для надсилання батькам або законному опікуну, якщо ви неповнолітня особа віком до 18 років і це не заборонено законом штату Іллінойс або федеральним законодавством.
- Для розвитку технологій у галузі охорони здоров'я, наприклад машинного навчання й штучного інтелекту, що може покращити якість, процес і/або результат медичної допомоги.

На додаток до інших способів використання й розкриття інформації, не заборонених законом, ми можемо використовувати вашу медичну інформацію для створення деідентифікованих медичних даних (De-identified Health Information, DHI), за якими не можна ідентифікувати будь-яку особу відповідно до HIPAA. Ми також можемо розкрити вашу медичну інформацію діловому партнеру для створення DHI. Ми можемо використовувати, передавати та/або розкривати DHI із будь-якою законною метою, зокрема в комерційних цілях, без вашого дозволу й можемо дозволити третім особам робити те саме. Перелік цілей не є вичерпний.

НАШІ ОБОВ'ЯЗКИ.

- Чинне законодавство штату Іллінойс і федеральне законодавство зобов'язує нас зберігати конфіденційність та безпеку вашої медичної інформації.
- Ми повідомимо вам, якщо конфіденційність або безпеку вашої медичної інформації буде порушено.
- Ми зобов'язані дотримуватись обов'язків і принципів конфіденційності, описаних у цьому Повідомленні, і надати вам його письмову копію за запитом.
- Ми не використовуватимемо або передаватимемо вашу медичну інформацію, крім випадків, описаних у Повідомленні, якщо ви не надасте нам відповідного письмового дозволу. Ви можете будь-коли змінити свою думку, повідомивши нас про це в письмовій формі. Ваше рішення змінити свою думку не вплине на будь-яке використання чи передачу вашої медичної інформації до дати отримання організацією Endeavour Health вашого письмового запиту.
- Ми захищатимемо вашу генетичну інформацію відповідно до чинного законодавства.

ENDEAVOR HEALTH**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

Цей документ написано англійською мовою. Якщо його перекладено будь-якою іншою мовою, перевагу має англійська версія.

Дата набуття чинності цього Повідомлення: 2 січня 2024 р.

Це Повідомлення про порядок використання особистої інформації поширюється на дочірню застраховану організацію Endeavor Health і стосується всіх її відділів, підрозділів, найманих медичних працівників, студентів та членів волонтерських груп, яким дозволено допомагати вам під час перебування або лікування в закладі Endeavor Health. Усі суб'єкти дотримуються умов цього Повідомлення про порядок використання особистої інформації і можуть обмінюватися вашими даними одне з одним для лікування, оплати або організації надання медичної допомоги. Ми можемо час від часу оновлювати цей список. Щоб отримати поточний список організацій-учасниць, звертайтеся до відділу конфіденційності Endeavor Health за адресою: Endeavor Health, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555. Ел. пошта: privacyofficer@eehealth.org.

Організація Endeavor Health веде Спеціальні медичні картки (Designated Record Set), використовуючи систему електронних медичних карток (Electronic Medical Record System, EMR System) спільно з деякими іншими місцевими медичними закладами, які є учасниками підзвітної організації охорони здоров'я (Accountable Care Organization, ACO). Медична інформація пацієнтів організації Endeavor Health поєднується з інформацією від інших постачальників послуг, які використовують систему EMR (кожен із яких називається "Застрахованою організацією-учасником", а всі разом – "Застрахованими організаціями-учасниками"). Тож усі пацієнти мають єдину довготривалу медичну карту, у якій зазначено медичні дані, що надаються Застрахованими організаціями-учасниками. Отже, Застраховані організації-учасники створили одну або більше організованих систем медичного обслуговування для спільного використання та/або забезпечення якості, тому мають право на участь в Організованій системі медичного обслуговування (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Усі Застраховані організації-учасники як частина OHCA, а також ACO можуть використовувати й розголошувати медичну інформацію, що міститься в системі EMR, для лікування, оплати й організації надання медичних послуг для всіх учасників OHCA та/або ACO. Проте є деякі винятки.

Endeavor Health зберігає свій визначений набір записів, використовуючи електронну медичну документацію ("Система EMR") спільно з деякими іншими системами охорони здоров'я, як-от University of Chicago Medical Center, The University Chicago Health Care Components, Advocate Health and Hospitals Corporation (веде діяльність під назвою Advocate Children's Hospital), NorthShore University HealthSystem, Edward Hospital, Elmhurst Memorial Hospital, Linden Oaks Hospital і Chicagoland Children's Health Alliance ("США"). За допомогою системи EMR медична інформація пацієнтів Endeavor Health об'єднується з інформацією інших постачальників послуг, які є учасниками США (кожен окремо – "Застрахована організація-учасник", а разом –

ENDEAVOR HEALTH**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

"Застраховані організації-учасники ССНА"). Отже, Застраховані організації-учасники створили одну або більше організованих систем медичного обслуговування для спільного використання та/або забезпечення якості, тому мають право на участь в Організованій системі медичного обслуговування (Organized Health Care Arrangement, ОНСА). Усі Застраховані організації-учасники як частина ОНСА, а також ССНА можуть використовувати й розголошувати медичну інформацію спільних пацієнтів, що міститься в медичній документації, для цілей лікування, оплати та організації надання медичних послуг кожному з учасників ОНСА і/або ССНА. Проте є деякі винятки.

ENDEAVOR HEALTH
ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ

ENDEAVOR HEALTH ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ ДОДАТОК А – ЯК СКОРИСТАТИСЯ СВОЇМИ ПРАВАМИ			
Ваші права	Endeavor Health Clinical Operations (раніше – Northshore) і Swedish Hospital Patients	Northwest Community Healthcare Patients	Edward-Elmhurst Health Patients
Подайте запит на отримання копії своєї медичної інформації, заповнивши й надіславши форму "Дозвіл на розкриття медичної інформації" (Authorization to Disclose Records)	Портал для пацієнтів: NorthShore Connect. Пошта: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 Факс: (847) 982-4499 Ел. пошта: releaseforms@northshore.org	Пошта: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Факс: (847) 618-3249 Ел. пошта: recordrequest@nch.org	Пошта: Edward Hospital, Linden Oaks Hospital or Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 801 South Washington Street Naperville, IL 60540 Ел. пошта: Elmhurst Hospital or Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 155 E. Brush Hill Road Elmhurst, IL 60126
Подати запит на змінення або виправлення медичної інформації	Пошта: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 Ел. пошта: HIMservices@northshore.org	Пошта: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Dept. 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Факс: (847) 618-3249 Ел. пошта: recordrequest@nch.org	Телефон: (331) 221-6936
Подати запит на отримання конфіденційних повідомлень	Пошта: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 Ел. пошта: HIMservices@northshore.org	Пошта: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Факс: (847) 618-3249 Ел. пошта: recordrequest@nch.org	Пошта: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540
Подати запит на відмову від участі в програмі Epic Care Everywhere	Щоб дізнатися про будь-яку з наших лікарень, лікарських груп і місць надання допомоги пацієнтам, скористайтеся наведеною нижче контактною інформацією. Телефон: (331) 221-0714		
Подати запит на відмову від укладання договору про проведення наукових і клінічних досліджень	Щоб дізнатися про будь-яку з наших лікарень, лікарських груп і місць надання допомоги пацієнтам, скористайтеся наведеною нижче контактною інформацією. Телефон: (224) 364-7100.		

ENDEAVOR HEALTH

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ

ENDEAVOR HEALTH ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ ДОДАТОК А – ЯК СКОРИСТАТИСЯ СВОЇМИ ПРАВАМИ			
Ваші права	Endeavor Health Clinical Operations (раніше – Northshore) і Swedish Hospital Patients	Northwest Community Healthcare Patients	Edward-Elmhurst Health Patients
Подати запит на обмеження використання й розкриття своєї медичної інформації	Пошта: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170, Skokie, IL 60077 Ел. пошта: HIMservices@northshore.org	Пошта: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Факс: (847) 618-3249 Ел. пошта: recordrequest@nch.org	Пошта: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540 Телефон: (331) 221-6936
Подати запит на отримання Звіту про розкриття інформації	Пошта: Endeavor Health Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077 Ел. пошта: HIMservices@northshore.org	Пошта: Northwest Community Healthcare Attn: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005 Факс: (847) 618-3249 Ел. пошта: recordrequest@nch.org	Пошта: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540
Подати запит на те, щоб із вами не зв'язувалися в маркетингових цілях	Телефон: (847) 570-3187 Ел. пошта: marketing@northshore.org		
Подати запит на те, щоб із вами не зв'язувалися	<u>NorthShore Foundation</u> Телефон: (224) 364-7600 Ел. пошта: philanthropy@northshore.org <u>Swedish Hospital Foundation</u> Телефон: (773) 293-5121 Ел. пошта: schfoundation@schosp.org	<u>Northwest Community Hospital Foundation</u> Телефон: (847) 618-4260 Ел. пошта: foundation@nch.org	<u>Edward Hospital Foundation</u> Телефон: (630) 527-3954 Ел. пошта: edward.foundation@eehealth.org <u>Elmhurst Memorial Hospital Foundation</u> Телефон: (331) 221-4483 Ел. пошта: Elmhurst.Foundation@EEHealth.org