

## Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

NINIEJSZE POWIADOMIENIE OPISUJE, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE MEDYCZNE PACJENTA MOGĄ ZOSTAĆ WYKORZYSTANE I UJAWNIONE, A TAKŻE JAK MOŻNA UZYSKAĆ DO NICH DOSTĘP. PROSIMY O UWAŻNE ZAPOZNANIE SIĘ Z JEGO TREŚCIĄ.

### **Dążymy do zapewnienia ochrony prywatności pacjentów**

NYU Langone Health dba o zachowanie prywatności i poufności danych dotyczących Państwa stanu zdrowia. Wykorzystamy lub ujawnimy (udostępnimy innym osobom/podmiotom) dane dotyczące Państwa stanu zdrowia wyłącznie w sposób opisany w niniejszym powiadomieniu. Zostaną Państwo poproszeni o podpisanie potwierdzenia otrzymania tego powiadomienia.

### **Osoby, które obowiązują to powiadomienie**

Jest to zbiorcze powiadomienie adresowane do wszystkich pracowników, personelu medycznego, praktykantów, studentów, wolontariuszy oraz agentów NYU Langone Health w następujących lokalizacjach:

- NYU Langone Hospitals (łącznie z oddziałami opieki domowej NYU Langone Health Home Care)
- NYU Grossman School of Medicine (łącznie z Faculty Group Practices)
- Ośrodki medycyny rodzinnej Family Health Centers w NYU Langone Health
- Praktyka dentystryczna w południowo-zachodnim Brooklynie

Placówki NYU Langone Hospitals oraz NYU Grossman School of Medicine wchodzi w skład Zorganizowanego systemu opieki zdrowotnej (Organized Health Care Arrangement, „OHCA”) wraz z następującymi podmiotami:

- Ośrodki medycyny rodzinnej Family Health Centers w NYU Langone Health
- Praktyka dentystryczna w południowo-zachodnim Brooklynie
- Szpital Long Island Community Hospital („LICH”)

Podmioty będące częścią Zorganizowanego systemu opieki zdrowotnej (OHCA) mogą w ramach tego systemu wykorzystywać informacje dotyczące Państwa oraz wymieniać się nimi pomiędzy sobą w celu prowadzenia działań w zakresie leczenia, płatności oraz opieki zdrowotnej.

Jeśli pracownicy służby zdrowia z NYU Langone zapewnią Państwu leczenie lub świadczenia w innych placówkach, na przykład w Manhattan VA Medical Center lub Bellevue Hospital Center, zastosowanie będzie mieć powiadomienie o praktykach ochrony prywatności (Notice of Privacy Practices), które otrzymają Państwo w tych placówkach.

### **Korzystanie z informacji i ich udostępnianie**

W tej części opisano różne sposoby, w jakie możemy wykorzystywać Państwa dane i je udostępniać. Zazwyczaj w tym celu skontaktujemy się z Państwem telefonicznie; jeśli jednak podali nam Państwo swój adres e-mail lub udzielili nam pozwolenia na wysłanie Państwu wiadomości tekstowej, możemy skontaktować się z Państwem w ten sposób. Wiadomości tekstowe oraz wiadomości e-mail mogą być niezabezpieczone i niezaszyfrowane, a udostępniając nam swój numer telefonu lub adres e-mail, upoważniają Państwo NYU Langone Health do takiego sposobu komunikacji.

## Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

Państwa dane wykorzystujemy i udostępniamy głównie w celach związanych z leczeniem, płatnością oraz funkcjonowaniem opieki zdrowotnej. Oznacza to, że wykorzystujemy i udostępniamy dane dotyczące Państwa stanu zdrowia:

- innym dostawcom Państwa usług zdrowotnych lub aptece, która realizuje Państwa recepty;
- Państwa ubezpieczycielowi zdrowotnemu na potrzeby pobrania opłaty za świadczenia zdrowotne lub też w celu uzyskania wstępnego zatwierdzenia Państwa leczenia; oraz
- w celu prowadzenia działalności, zapewnienia Państwu lepszej opieki, kształcenia naszych pracowników oraz oceny pracy usługodawców.

Czasami możemy udostępnić Państwa dane naszym partnerom biznesowym, na przykład podmiotom świadczącym usługi fakturowania, które pomagają nam realizować nasze działania biznesowe. Wszyscy nasi partnerzy biznesowi muszą chronić prywatność i bezpieczeństwo danych dotyczących Państwa stanu zdrowia w taki sam sposób, w jaki my to robimy.

Możemy również wykorzystać lub udostępnić Państwa dane, by skontaktować się z Państwem:

- w sprawach związanych ze świadczeniami lub usługami zdrowotnymi;
- w sprawach związanych z nadchodzącymi wizytami;
- by zapytać, czy chcieliby Państwo wziąć udział w projektach badawczych;
- w sprawach związanych ze zbieraniem funduszy dla NYU Langone Health.

Mają Państwo prawo zrezygnować z otrzymywania wiadomości dotyczących zbierania funduszy. Można to zrobić, kontaktując się z Biurem ds. Rozwoju NYU Langone Health (NYU Langone Health Development Office) pod adresem [developmentoffice@nyulangone.org](mailto:developmentoffice@nyulangone.org) lub telefonicznie pod numerem 212-404-3640, lub też pod bezpłatnym numerem 1-844-651-4036.

Jeśli nie chcą Państwo otrzymywać informacji dotyczących projektów badawczych, w których mogliby Państwo wziąć udział, mogą Państwo napisać na adres [research-contact-optout@nyulangone.org](mailto:research-contact-optout@nyulangone.org) lub zadzwonić pod numer 1-855-777-7858.

Jeśli korzystamy z wrażliwych danych dotyczących stanu zdrowia lub udostępniamy takie dane, zastosowanie mają specjalne zabezpieczenia. Odnosi się to do informacji dotyczących wirusa HIV, danych dotyczących stanu zdrowia psychicznego, informacji na temat leczenia nadużywania alkoholu lub narkotyków, a także informacji genetycznych. Na przykład: zgodnie z prawem stanu Nowy Jork poufne informacje dotyczące zakażenia wirusem HIV można udostępniać wyłącznie osobom upoważnionym do ich uzyskania na mocy przepisów prawa lub też osobom, które Państwo upoważni do otrzymywania takich informacji, podpisując stosowny formularz upoważnienia. Jeśli Państwa leczenie obejmuje takie informacje, mogą Państwo skontaktować się ze specjalistą ds. prywatności (Privacy Officer), by uzyskać dalsze wyjaśnienia.

Wolno nam również (a czasem wymagają tego przepisy prawa) udostępniać Państwa dane w inny sposób. Musimy spełnić wiele warunków prawnych, zanim będziemy mogli udostępnić Państwa informacje z następujących powodów. Przykładowe powody obejmują:

- zdrowie i bezpieczeństwo publiczne: zgłaszanie chorób, narodzin lub zgonów; zgłaszanie podejrzanego maltretowania, zaniedbania lub przemocy domowej; chęć uniknięcia poważnego zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa publicznego; monitorowanie zwrotu wycofanych produktów oraz zgłaszanie informacji na potrzeby bezpieczeństwa i jakości;

## Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

- badania: analizowanie projektów zdrowotnych zatwierdzonych przez komisję bioetyczną (Institutional Review Board, IRB), w przypadku których ryzyko naruszenia Państwa prywatności jest niskie; przygotowania do badania naukowego; badania obejmujące wyłącznie informacje na temat osób zmarłych;
- postępowanie sądowe i administracyjne: odpowiadanie na nakaz sądowy lub administracyjny;
- udostępnianie ze względu na fundusz odszkodowań pracowniczych i inne żądania państwa: na potrzeby opłacenia roszczeń z tytułu funduszu odszkodowań pracowniczych lub przeprowadzenia przesłuchania; agencjom nadzoru zdrowia – na potrzeby przeprowadzenia czynności dozwolonych przez prawo; specjalnym organom rządowym (organom militarnym, organom bezpieczeństwa krajowego);
- udostępnianie organom porządkowym: udostępnianie informacji pracownikom organów porządkowych w celu zidentyfikowania bądź odnalezienia osoby podejrzanej lub zaginionej;
- przestrzeganie prawa: udostępnianie informacji Wydziałowi Zdrowia i Usług Społecznych (Department of Health and Human Services) w celu sprawdzenia, czy przestrzegamy federalnych przepisów o zachowaniu prywatności;
- udostępnianie w sytuacjach klęsk żywiołowych: udostępnianie informacji o Państwa położeniu i ogólnym położeniu w celu powiadomienia Państwa rodziny, przyjaciół i agencji uprawnionych do zapewniania wsparcia w sytuacjach awaryjnych;
- udostępnianie organizacjom, które zarządzają przekazywaniem i transplantacją narządów, tkanek oraz fragmentów gałek ocznych;
- udostępnianie koronerowi, lekarzowi medycyny sądowej lub dyrektorowi zakładu pogrzebowego w zakresie, w jakim potrzebują oni takich informacji, by wykonywać swoją pracę
- przypadkowo, oprócz dozwolonego użytku lub ujawnienia: przed wizytą możemy wywołać Państwa imię i nazwisko w poczekalni – wtedy inne osoby w poczekalni mogą usłyszeć Państwa dane osobowe. Dokładamy uzasadnionych starań, aby ograniczyć takie przypadkowe wykorzystania i ujawnienia danych.

W poniższych sytuacjach możemy wykorzystywać lub udostępniać Państwa dane, chyba że wyrażą Państwo sprzeciw lub pod warunkiem uzyskania od Państwa wyraźnej zgody. Jeśli z jakiegoś powodu nie są Państwo w stanie przekazać nam swoich preferencji, na przykład jeśli są Państwo nieprzytomni, możemy udostępniać Państwa informacje, jeśli uznamy, że będzie to zgodne z Państwa najlepszym interesem.

- Na potrzeby naszego katalogu pacjentów, w tym na potrzeby naszego działu duszpasterstwa (np. księdzu lub rabinowi).
- Państwa rodzinie, znajomym lub innym osobom zajmującym się opieką nad Państwem lub płacącym za taką opiekę.

W poniższych sytuacjach wykorzystamy lub udostępniemy Państwa dane wyłącznie pod warunkiem uzyskania od Państwa pisemnej zgody:

- w celach marketingowych;
- w celu sprzedaży Państwa informacji lub na potrzeby płatności od osoby trzeciej;
- w celu przekazania dokumentacji sporządzonej podczas psychoterapii;
- we wszelkich innych celach nieopisanych w tym powiadomieniu.

Mogą Państwo wycofać taką zgodę (poza przypadkami, w których już z niej skorzystaliśmy), kontaktując się ze specjalistą ds. prywatności (Privacy Officer).

## Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

### Prawa pacjenta

Jeśli chodzi o dane dotyczące Państwa stanu zdrowia, przysługują Państwu określone prawa.

Mogą Państwo:

- Przejrzeć lub otrzymać elektroniczną bądź papierową kopię Państwa dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji dotyczącej fakturowania. Mogą Państwo zostać obciążeni opłatą w stosownej wysokości za otrzymanie dokumentacji na własność. Poinformujemy Państwa o wszelkich opóźnieniach. Mogą Państwo również uzyskać bezpośredni dostęp do danych dotyczących Państwa stanu zdrowia, korzystając z bezpiecznego portalu dla pacjentów MyChart w NYU Langone Health pod adresem <https://mychart.nyulmc.org/>.
- Zażądać poufnej komunikacji. Mogą Państwo zażądać, byśmy kontaktowali się z Państwem w określony sposób, na przykład przez telefon komórkowy. Wyrazimy zgodę na wszystkie uzasadnione żądania.
- Zażądać od nas ograniczenia zakresu informacji wykorzystywanych lub ujawnianych na potrzeby Państwa leczenia, płatności oraz działań w ramach opieki zdrowotnej. Nie mamy obowiązku spełniać Państwa prośby, ale ją rozpatrzymy. Jeśli całkowicie samodzielnie opłacają Państwo świadczenia i poproszą nas, byśmy nie udostępniali informacji o takich świadczeniach Państwa ubezpieczycielowi, wyrazimy zgodę, chyba że przepisy prawa wymagają od nas udostępnienia takiej informacji.
- Zażądać od nas poprawienia Państwa dokumentacji medycznej, jeśli jest ona niepoprawna lub niekompletna. Możemy odmówić spełnienia Państwa żądania, jednak powiadomimy Państwa o przyczynie odmowy na piśmie w ciągu 60 dni.
- Uzyskać listę osób lub podmiotów, którym udostępniamy Państwa informacje. Mogą Państwo poprosić o listę (rozliczenie) sytuacji, w których udostępniliśmy Państwa informacje, oraz przyczyny udostępnienia w ciągu sześciu lat poprzedzających Państwa prośbę. Lista ta nie będzie obejmować wszystkich przypadków ujawnienia, takich jak ujawnienie na potrzeby leczenia, płatności lub działań w ramach opieki zdrowotnej. Mają Państwo prawo uzyskać tę listę bezpłatnie raz na 12 miesięcy, możemy jednak obciążyć Państwa kosztem przekazania dodatkowych list w tym okresie.
- Uzyskać kopię tego powiadomienia dotyczącego prywatności. Wystarczy poprosić, a prześlemy Państwu kopię w formacie, który będzie Państwu odpowiadał (papierową lub elektroniczną).
- Wybrać osobę, która będzie Państwa reprezentować. Taki „osobisty przedstawiciel” może egzekwować Państwa prawa i podejmować decyzje w odniesieniu do danych dotyczących Państwa stanu zdrowia. Rodzice i opiekunowie osób nieletnich mają zwykle prawo do kontroli prywatności informacji na temat dzieci, chyba że prawo zezwala osobom nieletnim na występowanie we własnym imieniu.
- Złożyć skargę, jeśli uważają Państwo, że naruszono Państwa prawa. Mogą Państwo skontaktować się ze specjalistą ds. prywatności (Privacy Officer) lub z sekretarzem Wydziału Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych (Secretary of the United States Department of Health and Human Services). Nie podejmiemy żadnych czynności odwetowych ani nie będziemy wszczynać postępowania przeciwko Państwu za złożenie skargi.
- Zażądać dodatkowych środków ochrony prywatności w odniesieniu do Państwa elektronicznej dokumentacji medycznej.

## Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności

### Nasze obowiązki

- Przepisy prawa wymagają od nas zachowania prywatności chronionych danych dotyczących Państwa stanu zdrowia.
- Powiadomimy Państwa, jeśli dojdzie do naruszenia, które mogłoby wpłynąć na prywatność lub bezpieczeństwo Państwa danych umożliwiających identyfikację.
- Musimy stosować praktyki opisane w niniejszym powiadomieniu i przekazać Państwu jego kopię.
- Zastrzegamy sobie prawo do zmiany warunków tego powiadomienia; zmiany te będą dotyczyły wszystkich informacji, które posiadamy na Państwa temat. Nowe powiadomienie będzie dostępne na życzenie lub w naszej witrynie internetowej [www.nyulangone.org](http://www.nyulangone.org).

### Pytania lub wątpliwości

Jeśli mają Państwo pytania lub chcieliby Państwo skorzystać ze swoich praw opisanych w niniejszym powiadomieniu, należy skontaktować się ze specjalistą ds. prywatności (Privacy Officer) pod adresem: One Park Avenue, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, New York 10016, do wiadomości: Privacy Officer, lub telefonicznie pod numerem 1-877-PHI-LOSS bądź 212-404-4079, lub też drogą elektroniczną pod adresem [compliancehelp@nyulangone.org](mailto:compliancehelp@nyulangone.org).

Większość żądań skorzystania z praw należy przekazać na piśmie specjalistce ds. prywatności (Privacy Officer) lub właściwemu gabinetowi lekarskiemu bądź oddziałowi szpitalnemu. Aby uzyskać więcej informacji lub otrzymać formularz wniosku, należy skontaktować się ze specjalistą ds. prywatności (Privacy Officer) lub odwiedzić witrynę <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Powiadomienie to obowiązuje od 1.03.2024 r.



**NYU Langone Health**  
**Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności**

**FORMULARZ POTWIERDZENIA OTRZYMANIA POWIADOMIENIA  
O PRAKTYKACH OCHRONY PRYWATNOŚCI**

**Podpisując niniejszy formularz, oświadczam, że otrzymałem(-am) egzemplarz powiadomienia o praktykach ochrony prywatności (Notice of Privacy Practices) w NYU Langone Health.**

**Imię i nazwisko pacjenta:** \_\_\_\_\_

**Podpis:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Imię i nazwisko osobistego przedstawiciela (w stosownych przypadkach):**

\_\_\_\_\_

**Uprawnienie osobistego przedstawiciela (np. rodzic, opiekun, pełnomocnik upoważniony do podejmowania decyzji w sprawach opieki zdrowotnej):**

\_\_\_\_\_

**Obowiązuje od 1.03.2024 r.**