

**NORTHSHORE – EDWARD-ELMHURST HEALTH
POWIADOMIENIE O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYMATNOŚCI**

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

PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z NINIEJSZYM POWIADOMIENIEM.

NorthShore – Edward-Elmhurst Health oraz wszystkie jego Podmioty Zależne, Powiązane i Uczestnicy („NS-EEH” 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 lub „PHI” („Informacje o dokumentacji medycznej”), 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 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 NS-EEH (np. MyChart, NorthShore Connect, MyEEHealth itp.), może samodzielnie przeglądać i drukować ograniczoną część swoich Informacji zawartych w dokumentacji medycznej.
- Prosimy o zapoznanie się z Załącznikiem A w celu uzyskania szczegółowych informacji dotyczących sposobu, w jaki przedstawiciel prawny użytkownika może uzyskać papierową lub elektroniczną kopię Informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta.
- Za kopie dokumentacji medycznej możemy pobierać od pacjenta uzasadnioną opłatę obowiązującą w stanie Illinois.
- Możemy dostarczyć streszczenie lub kopię Informacji zawartych w dokumentacji medycznej w żądanym formacie. Odpowiemy na prośbę pacjenta w ciągu 30 dni od daty jej otrzymania.

Strona 2 z 10

- 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 żądanym formacie lub (3) będziemy zmuszeni odrzucić prośbę pacjenta – wówczas podamy przyczynę takiego odrzucenia.

PROŚBA O POPRAWIENIE LUB ZMIANĘ DANYCH PACJENTA:

- Pacjent może poprosić o poprawienie 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 POUFNYCH:

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 sposób, możemy skontaktować się z nim, wykorzystując wszelkie posiadane przez nas informacje. Nasze praktyki komunikacyjne obejmują następujące elementy:

- NS-EEH 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, telefonicznie, 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 lub nagrane wcześniej wiadomości na poczcie głosowej pacjenta.

PROŚBA O OGRANICZENIE INFORMACJI, KTÓRE WYKORZYSTUJEMY LUB UDOSTĘPNIAMY:

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 służby zdrowia, takich jak kontakt w celu uczestnictwa w badaniach naukowych lub klinicznych oraz zbieranie funduszy lub z innych powodów, które nie są zabronione przez prawo. Prośba ta musi być

Strona 3 z 10

złożona na piśmie lub za pośrednictwem konta w Portalu Pacjenta. Nie jesteśmy zobowiązani do wyrażenia zgody na prośbę klienta.

Jeśli pacjent pokrywa cały koszt opieki zdrowotnej, leczenia lub innej usługi z własnej kieszeni, 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 zwanych Epic CareEverywhere®, Epic CareEquality, EpicCare®Link oraz w innych niewymienionych tutaj programach udostępniania danych. Te programy udostępniania danych umożliwiają dostawcom zewnętrznym oraz dostawcom z NS-EEH wgląd w Informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta dla celów leczenia. Pacjent może poprosić o nieuczestniczenie w programach Epic CareEverywhere®, Epic CareEquality, EpicCare®Link i/lub innych podobnych programach udostępniania danych. Taką prośbę należy złożyć na piśmie i przesłać ją na odpowiedni adres wymieniony w Załączniku A lub za pośrednictwem konta w Portalu Pacjenta.

PROŚBA O WSKAZANIE OSÓB, KTÓRYM UDOSTĘPNIONO INFORMACJE ZAWARTE W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Dostarczymy pacjentowi listę (wykaz) niektórych ujawnień Informacji zawartych w dokumentacji medycznej, nieobejmującą ujawnień dotyczących leczenia, płatności, operacji 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 okresie 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 rozsądną, opartą na uzasadnionych kosztach opłatę.

PROŚBA 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.

Strona 4 z 10

WYBÓR OSOBY, KTÓRA BĘDZIE DZIAŁAĆ 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, JEŚLI PACJENT UWAŻA, ŻE JEGO PRAWA ZOSTAŁY NARUSZONE:

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

- Wyznaczonym Biurem ds. Prywatności NS-EEH: pisemnie pod adresem NorthShore University HealthSystem, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 1301 Central Street, Room 140, Evanston, IL 60201; telefonicznie pod numerem 847-570-5079 lub pocztą elektroniczną pod adresem hipaa@northshore.org;
- Pacjent może złożyć skargę w Biurze Praw Obywatelskich Departamentu 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.

KOMUNIKOWANIE SWOICH WYBORÓW:

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 nim;
- udostępniać Informacje zawarte w dokumentacji medycznej w nagłych wypadkach lub katastrofach oraz
- zamieścić Informacje zawarte w dokumentacji medycznej w katalogu szpitalnym.

Na przykład, do celów operacyjnych szpitala, możemy umieścić nazwisko pacjenta, lokalizację szpitala, ogólny stan zdrowia i/lub zidentyfikowane wyznaczenie 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

Strona 5 z 10

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 jego najlepszym interesie. Możemy również udostępnić te informacje, gdy jest to konieczne, aby zmniejszyć poważne i/lub bezpośrednie zagrożenie wystąpienia szkód dla 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 i 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 usług, 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 BĘDIEMY WYKORZYSTYWAĆ I UDOSTĘPNIĄĆ INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA:

O ile prawo tego nie zabrania, możemy bez powiadomienia lub zgody wykorzystywać i/lub udostępniać Informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta w ramach NS-EEH oraz stronom zewnętrznym do celów związanych z leczeniem, płatnościami i działalnością. Poniżej znajduje się niewyczerpująca lista przykładów, w jaki sposób NS-EEH może udostępniać Informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta:

- cele badawcze, takie jak przygotowanie do badań naukowych lub jeśli nasza komisja bioetyczna (Institutional Review Board, IRB) zatwierdzi zmianę lub 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 o nadużycie, zaniedbanie lub wykorzystanie, np. znęcanie się nad dziećmi, członkami gospodarstwa domowego lub osobami starszymi;
- poprawa jakości;

Strona 6 z 10

- zachowanie zgodności z obowiązującym prawem stanu Illinois i prawem federalnym (takim jak HIPAA), które obejmuje raportowanie do stanowych i federalnych agencji regulacyjnych, takich jak Departament 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 i 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 i bezpieczeństwa Informacji zawartych w dokumentacji medycznej w taki sam sposób jak NS-EEH;
- 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 wynik opieki.

Oprócz innych zastosowań i ujawnień niezabronionych przez prawo możemy wykorzystywać Informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta w celu stworzenia Informacji zdrowotnych pozbawionych elementów identyfikacyjnych (De-identified Health Information, DHI), które to informacje nie są możliwe do zidentyfikowania przez żadną osobę zgodnie z HIPAA. Możemy również ujawnić Informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta partnerowi biznesowemu w celu stworzenia DHI. Możemy wykorzystywać, udostępniać i/lub ujawniać DHI do wszelkich celów zgodnych z prawem, w tym między innymi do celów komercyjnych, bez zgody pacjenta, oraz możemy zezwolić stronom trzecim na takie same działania.

NASZE OBOWIĄZKI:

- Jesteśmy zobowiązani przez obowiązujące prawo stanu Illinois i prawo federalne do zachowania prywatności i bezpieczeństwa Informacji zawartych w dokumentacji medycznej.
- Poinformujemy pacjenta o naruszeniu prywatności lub bezpieczeństwa Informacji zawartych w dokumentacji medycznej.
- Jesteśmy zobowiązani przestrzegać obowiązków i praktyk w zakresie ochrony prywatności opisanych w niniejszym Powiadomieniu i na żądanie przekazać pacjentowi jego pisemną kopię.
- 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

Strona 7 z 10

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 jakiekolwiek wykorzystanie lub udostępnienie Informacji zawartych w dokumentacji medycznej przed datą otrzymania przez NS-EEH 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, obowiązująca jest wersja angielska.

Niniejsze Powiadomienie o praktykach w zakresie ochrony prywatności dotyczy podmiotu powiązanego NorthShore – Edward-Elmhurst Health Affiliated Covered Entity. Dotyczy ono wszystkich jego działów, jednostek, zatrudnionych pracowników służby zdrowia, studentów oraz członków grup wolontariuszy, którzy mogą pomóc pacjentowi podczas pobytu lub leczenia w placówce NS-EEH. Wszystkie te podmioty przestrzegają warunków niniejszego Powiadomienia o praktykach w zakresie ochrony prywatności i mogą udostępniać sobie nawzajem informacje na temat pacjenta w celu leczenia, płatności lub działań w zakresie opieki zdrowotnej. Lista ta może być okresowo aktualizowana. Aby uzyskać aktualną listę uczestniczących podmiotów, należy skontaktować się z Biurem ds. Prywatności NS-EEH w NorthShore University HealthSystem, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 1301 Central Street, Room 140, Evanston, IL 60201; telefonicznie pod numerem 847-570-5079 lub pocztą elektroniczną pod adresem hipaa@northshore.org.

NorthShore – Edward-Elmhurst Health prowadzi swój wyznaczony zestaw rejestrów przy użyciu elektronicznego rejestru zdrowia („System EMR”) współdzielonego z niektórymi innymi lokalnymi przychodniami lekarskimi, które uczestniczą w organizacji opieki odpowiedzialnej („ACO”). Poprzez System EMR Informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjentów NorthShore - Edward-Elmhurst Health są łączone z informacjami innych dostawców, którzy uczestniczą w Systemie EMR (każdy z nich jest „Podmiotem uczestniczącym”, a wspólnie „Podmiotami uczestniczącymi”), tak aby każdy pacjent miał pojedynczą, ciągłą 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 i jako takie kwalifikują się do uczestnictwa w Porozumieniu dotyczącym zorganizowanej opieki zdrowotnej („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 leczenia, płatności oraz działań systemu opieki zdrowotnej każdego z uczestników OHCA i/lub ACO.

POWIADOMIENIE NS-EEH O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI			
ZAŁĄCZNIK A – JAK SKORZYSTAĆ Z PRAW PACJENTA			
Prawa pacjenta	Pacjenci szpitali NorthShore i Swedish	Pacjenci Northwest Community Healthcare	Pacjenci Edward-Elmhurst Health
Poproś o kopię swojej dokumentacji medycznej, wypełniając formularz upoważnienia do ujawnienia dokumentacji i wysyłając go:	<p>Poprzez Portal Pacjenta: NorthShore Connect;</p> <p>Pocztą: NorthShore University HealthSystem Attn: HIM Dept. 4901 Searle Parkway, Ste. 170 Skokie, IL 60077</p> <p>Faksem: 847-982-4499</p> <p>Pocztą elektroniczną: releaseforms@northshore.org</p>	<p>Pocztą: Northwest Community Healthcare Do: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Faksem: 847-618-3249</p> <p>Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org</p>	<p>Pocztą: Edward Hospital, Linden Oaks Hospital lub Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>Elmhurst Hospital lub Affiliated Medical Groups Attn: Medical Records Department 155 E. Brush Hill Road Elmhurst, IL 60126</p>
Aby złożyć wniosek o zmianę lub korektę dokumentacji medycznej:	<p>Poprzez Portal Pacjenta: NorthShore Connect; lub</p> <p>Pocztą: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Faksem: 847-492-5192</p> <p>Pocztą elektroniczną: hipaa@northshore.org</p>	<p>Pocztą: Northwest Community Healthcare Do: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Faksem: 847-618-3249</p> <p>Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org</p>	<p>Telefonicznie: 331-221-6936</p>
Aby złożyć wniosek o otrzymanie poufnych informacji:	<p>Poprzez Portal Pacjenta: NorthShore Connect; lub</p> <p>Pocztą: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Faksem: 847-492-5192</p> <p>Pocztą elektroniczną: hipaa@northshore.org</p>	<p>Pocztą: Northwest Community Healthcare Do: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Faksem: 847-618-3249</p> <p>Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org</p>	<p>Pocztą: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>

POWIADOMIENIE NS-EEH O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYMATNOŚCI			
ZAŁĄCZNIK A – JAK SKORZYSTAĆ Z PRAW PACJENTA			
Prawa pacjenta	Pacjenci szpitali NorthShore i Swedish	Pacjenci Northwest Community Healthcare	Pacjenci Edward-Elmhurst Health
Aby złożyć wniosek o rezygnację z uczestnictwa w programie Epic Care Everywhere:	<p>Poprzez Portal Pacjenta: NorthShore Connect; lub</p> <p>Pocztą: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Faksem: 847-492-5192</p> <p>Pocztą elektroniczną: hipaa@northshore.org</p>	<p>Pocztą: Northwest Community Healthcare Do: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Faksem: 847-618-3249</p> <p>Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org</p>	<p>Telefonicznie: 331-221-0714</p>
Aby zażądać ograniczenia wykorzystania i ujawnienia informacji medycznych:	<p>Poprzez Portal Pacjenta: NorthShore Connect; lub</p> <p>Pocztą: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Faksem: 847-492-5192</p> <p>Pocztą elektroniczną: hipaa@northshore.org</p>	<p>Pocztą: Northwest Community Healthcare Do: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Faksem: 847-618-3249</p> <p>Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org</p>	<p>Pocztą: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p> <p>Telefonicznie: 331-221-6936</p>
Aby złożyć wniosek o wykaz ujawnień:	<p>Poprzez Portal Pacjenta: NorthShore Connect; lub</p> <p>Pocztą: NorthShore University HealthSystem Attn: Compliance Privacy Office 1301 Central Street, Room 140 Evanston, IL 60201</p> <p>Faksem: 847-492-5192</p> <p>Pocztą elektroniczną: hipaa@northshore.org</p>	<p>Pocztą: Northwest Community Healthcare Do: HIM Department 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Faksem: 847-618-3249</p> <p>Pocztą elektroniczną: recordrequest@nch.org</p>	<p>Pocztą: Edward-Elmhurst Health Department of Health Information Management 801 South Washington Street Naperville, IL 60540</p>

Strona 10 z 10

POWIADOMIENIE NS-EEH O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI			
ZAŁĄCZNIK A – JAK SKORZYSTAĆ Z PRAW PACJENTA			
Prawa pacjenta	Pacjenci szpitali NorthShore i Swedish	Pacjenci Northwest Community Healthcare	Pacjenci Edward-Elmhurst Health
Aby złożyć skargę:	<p>Pocztą: Privacy Officer at NorthShore University Health System, Attn: Privacy Officer, Corporate Compliance Department – Privacy Office, 1301 Central Street, Room 143, Evanston, IL 60201</p> <p>Telefonicznie: 847-570-5079</p> <p>Pocztą elektroniczną: hipaa@northshore.org</p>		<p>Pocztą: Edward-Elmhurst Health, Attn: Privacy Officer; 4201 Winfield Road, Warrenville, IL 60555;</p> <p>Telefonicznie: 630-527-3869. Kontakt z inspektorem ochrony danych</p> <p>Pocztą elektroniczną: privacyofficer@eehealth.org</p>
Aby poprosić o nieotrzymywanie informacji marketingowych:	<p><u>NorthShore University HealthSystem:</u> Telefonicznie: 847-570-3187</p> <p>Pocztą elektroniczną: marketing@northshore.org</p> <p><u>Swedish Hospital:</u> Telefonicznie: 773-878-8200 x 5121</p> <p>Pocztą elektroniczną: marketing@schosp.org</p>	<p>Pocztą: Attn: Marketing 800 W. Central Road Arlington Heights, IL 60005</p> <p>Telefonicznie: 847-618-5500</p>	<p>Przez stronę internetową: www.eehealth.org/contact-us/</p>
Aby poprosić o nieotrzymywanie informacji od żadnych fundacji:	<p><u>NorthShore Foundation:</u> Telefonicznie: 224-364-7200</p> <p>Pocztą elektroniczną: philanthropy@northshore.org</p> <p><u>Swedish Hospital Foundation:</u> Telefonicznie: 773-293-5121</p> <p>Pocztą elektroniczną: schfoundation@schosp.org</p>	<p><u>NCH Foundation:</u> Telefonicznie: 847-618-4260</p> <p>Pocztą elektroniczną: foundation@nch.org</p>	<p><u>Edward Hospital Foundation:</u> Telefonicznie: 630-527-3954</p> <p><u>Elmhurst Memorial Hospital Foundation:</u> Telefonicznie: 331-221-4483</p>