

Patient Release Form

WorldCare Medical Second Opinion service

Patient information

Patient last name: _____
Patient first name: _____
Middle initial: _____
Patient date of birth (MM/DD/YY): _____
Patient gender: Male Female
Street address: _____
City: _____
State/Province: _____
Postal code: _____
Country: _____
Phone number: _____
E-mail address(es): _____
Membership Provider/Policy #: _____

Your WorldCare Booklet will be delivered to you via secure email to the email address(es) above. Please ONLY check the box below if you would like to receive a printed booklet via courier.

Send booklet via courier to the address above.

Designated physician information

Please name a current care provider that will be your partner for the medical second opinion process and who will receive a copy of your completed WorldCare Booklet.

Last name: _____
First name: _____
Middle initial: _____
Street address: _____
City: _____
State/Province: _____
Postal code: _____
Country: _____
Phone number: _____
Fax number: _____

Formularz oświadczenia pacjenta

Usługa drugiej opinii medycznej WorldCare

Informacje o pacjencie

Nazwisko pacjenta: _____
Imię pacjenta: _____
Inicjał drugiego imienia: _____
Data urodzenia pacjenta (MM/DD/RR): _____
Płeć pacjenta: Mężczyzna Kobieta
Adres (ulica): _____
Miasto: _____
Województwo: _____
Kod pocztowy: _____
Kraj: _____
Numer telefonu: _____
Adres(y) e-mail: _____
Świadczeniodawca, w którym pacjent jest członkiem/Nr polisy: _____

Broszura WorldCare zostanie Pani/Panu dostarczona za pośrednictwem bezpiecznej poczty elektronicznej pod adres podany (lub adresy podane) powyżej. Poniższe pole proszę zaznaczyć WYŁĄCZNIE wtedy, jeśli chce Pani/Pan otrzymać broszurę w formie wydrukowanej za pośrednictwem kuriera.

Proszę o przesłanie broszury przesyłką kurierską pod adres wskazany powyżej.

Ważne dotyczące wyznaczonego lekarza

Proszę wskazać wyznaczonego lekarza, który będzie Pani/Pana partnerem w procesie uzyskiwania drugiej opinii medycznej i który otrzyma kopię dotyczącej Pani/Pana broszury WorldCare.

Nazwisko: _____
Imię: _____
Inicjał drugiego imienia: _____
Adres (ulica): _____
Miasto: _____
Województwo: _____
Kod pocztowy: _____
Kraj: _____
Numer telefonu: _____
Numer faksu: _____

Patient consent

I authorize:

- All of my medical providers, including, but not limited to, physicians and/or healthcare facilities, to disclose my medical files, including all records, imaging studies and pathology slides and/or blocks, to WorldCare, a company principally located in the United States of America.
- WorldCare to release my medical files including, but not limited to, all records, imaging studies and pathology slides and/or blocks to the hospitals of the WorldCare provider network, located in the United States of America, to facilitate the specialist consult.

I understand the following:

- The participating hospital(s) will select one or more physicians ('consulting physician(s)') who will receive my Personal Health Information to render a consultation report.
- This consultation report will answer specific questions posed by my designated physician (above) and myself and will be sent directly to my designated physician to review it, discuss and, if possible, determine my treatment plan.
- My designated physician remains responsible for my primary diagnosis and treatment and if I have questions about the consultation report and how it affects my health or treatment I should raise them directly with my designated physician.

I have been informed of the following:

- I have the option to withdraw consent to have my Personal Health Information shared and used for this specialist consult at any time. I understand that requests to withdraw consent should be provided in writing to the Telemedicine Operations department at WorldCare. Unless this authorization is withdrawn, it will expire one year from the date signed below.
- The consulting physician(s) and WorldCare are compliant with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) and the EU General Data Protection Regulation (GDPR) and treat all personal information and medical information as confidential.

Zgoda pacjenta

Upoważniam:

- Wszystkich świadczących na moją rzecz usługi medyczne, włącznie z m.in. lekarzami i/lub placówkami medycznymi do ujawnienia firmie WorldCare, firmie z siedzibą w Stanach Zjednoczonych Ameryki, mojej dokumentacji medycznej, włącznie z wszystkimi zapisami, wynikami badań obrazowych i preparatami histologicznymi (slajdami i/lub bloczkami).
- Firmę WorldCare do przekazania mojej dokumentacji medycznej, w tym wszystkich zapisów, wyników badań obrazowych oraz preparatów histologicznych (slajdów i/lub bloczków) sieci podmiotów medycznych współpracujących z WorldCare, zlokalizowanych w Stanach Zjednoczonych Ameryki, w celu konsultacji specjalistycznej.

Przyjmuję do wiadomości, co następuje:

- Uczestniczące szpitale dokonają wyboru jednego lub więcej lekarzy (konsultantów), którym zostanie przekazana informacja o moim stanie zdrowia w celu opracowania raportu konsultacyjnego.
- W raporcie konsultacyjnym znajdują się odpowiedzi na konkretne pytania zadane przeze mnie i przez wyznaczonego (powyżej) przeze mnie lekarza. Raport ten zostanie przesłany bezpośrednio do lekarza wyznaczonego przeze mnie, który zapozna się z nim, i który omówi przedstawione informacje i - jeśli to możliwe - wskaże plan mojego dalszego leczenia.
- Wyznaczony przeze mnie lekarz pozostaje odpowiedzialny za podstawowe rozpoznanie i leczenie mojej choroby, a jeśli będę miał(a) pytania dotyczące raportu konsultacyjnego i wpływu zawartych w nim informacji na moje zdrowie i sposób leczenia, powinienem (powinienem) zwrócić się z nimi bezpośrednio do wyznaczonego przeze mnie lekarza.

Przekazano mi następujące informacje:

- Mogę w dowolnym momencie wycofać zgodę na udostępnianie informacji o moim stanie zdrowia i korzystanie z nich w celu opracowania konsultacji specjalistycznej. Przyjmuję do wiadomości, że prośba o wycofanie zgody powinna zostać złożona na piśmie skierowanym do Działu telemedycyny (Telemedicine Operations) firmy WorldCare. O ile moje upoważnienie nie zostanie cofnięte, wygaśnie po upływie roku od widniejącej poniżej daty podpisania tego dokumentu.
- Lekarz konsultant (lekarze konsultanci) oraz firma WorldCare postępują w sposób zgodny z Ustawą o przenośności i odpowiedzialności ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) oraz Ogólnymi zasadami ochrony danych osobowych w UE (EU General Data Protection Regulation - GDPR) i traktują wszystkie dotyczące mnie informacje osobiste i medyczne jako poufne.

- The consulting physician(s) and WorldCare will not share my Personal Health Information with any other person or entity, other than as described in this form, without my prior written consent.
- The risks and benefits of consenting, or refusing to consent, to the disclosure of my health information.
- Lekarz konsultant (lekarze konsultanci) i firma WorldCare nie udostępnią informacji o moim stanie zdrowia żadnej innej osobie ani podmiotowi, poza wskazanymi w tym dokumencie, bez mojej uprzedniej zgody wyrażonej na piśmie.
- Ryzyko i korzyści związane z wyrażeniem zgody lub brakiem zgody na ujawnienie informacji o stanie mojego zdrowia.

Signature: _____
(Electronic signatures are not accepted.)

Podpis: _____
(Podpis elektroniczny nie jest dopuszczalny)

Date: _____

Data: _____

Parent, guardian or other legally-authorized party (For minors, incapacitated or mentally incompetent patients unable to give informed consent)

Rodzic, opiekun lub inna osoba upoważniona (W przypadku osób niepełnoletnich, niepełnosprawnych lub niepełnosprawnych intelektualnie, niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody)

Signature: _____

Podpis: _____

Print Name: _____

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Date: _____

Data: _____

An authorized signature is required in order to begin the specialist consult process.

Wymagany jest podpis osoby uprawnionej dla rozpoczęcia procesu konsultacji specjalistycznej.

Authorized Contacts

Please understand that WorldCare will communicate with the people you authorize using the telephone and/or e-mail address(es) that appear below.

If you do not wish to authorize any contacts outside of your healthcare providers, you DO NOT NEED TO FILL IN THE BELOW AREA.

In addition to my healthcare providers, I also authorize WorldCare to communicate with and release my health information (including all copies of specialist's reports) to the authorized contact(s) below:

Name: _____

Imię i nazwisko: _____

Phone: _____

Nr telefonu: _____

Email: _____

E-mail: _____

Name: _____

Imię i nazwisko: _____

Phone: _____

Nr telefonu: _____

Email: _____

E-mail: _____

Please note, WorldCare can ONLY communicate with your authorized contacts using the phone/email information provided above.

Proszę zwrócić uwagę, że firma WorldCare może komunikować się WYŁĄCZNIE z upoważnionymi osobami, których numery telefonów i adresy poczty elektronicznej podano powyżej

Signature: _____
(Electronic signatures are not accepted.)

Podpis: _____
(Podpis elektroniczny nie jest dopuszczalny)

Date: _____

Data: _____

Parent, guardian or other legally-authorized party (For minors, incapacitated or mentally incompetent patients unable to give informed consent)

Rodzic, opiekun lub inna osoba upoważniona (W przypadku osób niepełnoletnich, niepełnosprawnych lub niepełnosprawnych intelektualnie, niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody)

Signature: _____

Podpis: _____

Print Name: _____

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Date: _____

Data: _____

Send completed form to the patient or by secure email to awojnowski@worldcare.com

Wypełniony formularz należy przesłać pacjentowi lub bezpieczną pocztą elektroniczną do awojnowski@worldcare.com



7 Bulfinch Place, Suite 301, PO Box8310
Boston, MA02114

P877.676.6439
F877.266.1150
www.worldcare.com