

**GENEHMIGUNG ZUR VERWENDUNG, OFFENLEGUNG UND FREIGABE GESCHÜTZTER GESUNDHEITSINFORMATIONEN
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (GERMAN)****Mir ist folgendes bekannt:**

I understand the following:

- **Ich habe das Recht, die Unterzeichnung dieses Formulars zur Genehmigung der Offenlegung oder Freigabe meiner geschützten Gesundheitsinformationen zu verweigern. Die Verweigerung der Unterzeichnung der Genehmigung beeinträchtigt nicht meine Fähigkeit, Gesundheitsleistungen zu erhalten oder Leistungen erstattet zu bekommen. Nur in Fällen, in denen die Gesundheitsdienste forschungsbezogen sind oder ausschließlich dazu dienen, Gesundheitsinformationen an andere weiterzugeben, und die Genehmigung erforderlich ist, um diese Offenlegung vorzunehmen, kann die Verweigerung der Unterzeichnung dieser Genehmigung meine Fähigkeit zum Erhalt von Gesundheitsdiensten beeinträchtigen.**

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- **Mit dieser Anfrage können Gebühren verbunden sein.**

There may be a fee associated with this request.

- **Informationen, die gemäß dieser Genehmigung verwendet oder offengelegt werden, können erneut offengelegt werden und nach Bundesgesetz nicht mehr geschützt sein. Mir ist auch bekannt, dass das Bundes- oder Landesgesetz die Weitergabe von Informationen über HIV/AIDS, zur psychischen Gesundheit, zu Gentests sowie zur Diagnose, Behandlung oder Überweisung im Zusammenhang mit Drogen/Alkohol einschränken kann.**

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- **Ich habe das Recht, eine Kopie dieser unterschriebenen Genehmigung zu erhalten.**

I have the right to receive a copy of this signed authorization.

- **Ich kann diese Genehmigung jederzeit schriftlich widerrufen. Wenn ich diese Genehmigung widerrufe, dürfen die unten beschriebenen Informationen nicht mehr für die in der schriftlichen Genehmigung beschriebenen Zwecke verwendet oder offengelegt werden. Die einzige Ausnahme ist, wenn Swedish auf der Grundlage der Genehmigung Maßnahmen ergriffen hat oder die Genehmigung als Bedingung für den Versicherungsschutz erhalten wurde.**

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

Bitte senden Sie diese Genehmigung oder den Widerruf an einen dieser Standorte, je nachdem, wo Sie betreut wurden:

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 Fax/Fax: (206) 320-2626 Email/Email: ROI@swedish.org	Swedish Medical Group Telefon/Phone: (206) 320-3025 Fax/Fax: (478) 238-9436 Email/Email: smgroi-wa@cioxhealth.com
---	---

Wichtig: Swedish druckt oder veröffentlicht keine Sozialversicherungsnummern mehr für Patienten, es sei denn, dies ist für die Abrechnung erforderlich. Sozialversicherungsnummern können aber in Patienteninformationen enthalten sein, die mehrere Jahre alt sind. Die Informationen, deren Freigabe Sie autorisieren, können Ihre



GENEHMIGUNG ZUR VERWENDUNG, OFFENLEGUNG UND FREIGABE GESCHÜTZTER GESUNDHEITSINFORMATIONEN
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (GERMAN)

Sozialversicherungsnummer enthalten.

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.

Die Einrichtung und deren Mitarbeiter, Führungskräfte und Ärzte werden hiermit von jeglicher rechtlicher Haftung oder Verantwortung für die Offenlegung der oben genannten Informationen im hierin angegebenen und autorisierten Umfang befreit.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Swedish Health Services und seine Partner diskriminieren bei ihren Gesundheitsprogrammen und Aktivitäten nicht aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Alter oder Behinderung.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ACHTUNG: Wenn Sie kein Englisch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Dienst für Sprachassistenten zur Verfügung. Rufen Sie an unter (888) 311-9127 (TTY: 711).

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

Ich genehmige Swedish, eine Kopie der unten beschriebenen Gesundheitsdaten zu verwenden und offenzulegen: I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

Patientenname/Patient's Name Geburtsdatum/DOB:

Patientenadresse/Patient's Address: Telefon/Phone:

Ort/City: Bundesland/Kanton/State: Postleitzahl/Zip Code:

Mitzuteilen an: [] Selbst Oder Name des Empfängers: To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

Empfängeradresse: Recipient's Address:

Ort/City: Bundesland/Kanton/State: Postleitzahl/Zip Code:

Telefon/Phone: Fax/Fax: Email/Email:

Bitte senden Sie meine Unterlagen über: [] MyChart [] E-Mail [] Disc [] Papier [] Fax Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

Ich fordere Informationen von folgender/n Einrichtung(en) an:

I am requesting information from the following facility(s):

Table with 2 columns: Name des Krankenhauses (Liste) und Telefonnummer, Name der Klinik (Liste) & Telefonnummer

Für den Datumsbereich von: bis: For the range of dates from: to:

Für Informationen zur folgenden Diagnose oder Verletzung: For information related to the following diagnosis or injury:

**GENEHMIGUNG ZUR VERWENDUNG, OFFENLEGUNG UND FREIGABE GESCHÜTZTER GESUNDHEITSINFORMATIONEN
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (GERMAN)****Mitzuteilende Informationen/Information to be disclosed:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anamnese und körperliche Untersuchung/History & Physical | <input type="checkbox"/> Entlassung Zusammenfassung/Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> OP-Bericht/Operative Report | <input type="checkbox"/> Bericht der Notaufnahme/Emergency Department Report |
| <input type="checkbox"/> Diagnoseberichte (Labor, Röntgen, EKG usw.)
Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> Aufzeichnungen zum Fortschritt/Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Andere (angeben)/Other (specify): | |
-

Zum Zwecke von: _____
For the purpose of:

**Sofern nicht widerrufen, läuft diese Genehmigung in 180 Tagen
oder an diesem Datum ab:** _____

Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

Begriffe: Diese Genehmigung erstreckt sich, sofern ich dies nicht ausdrücklich schriftlich einschränke, auf alle Aspekte von Tests und/oder Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten, AIDS, HIV-Infektionen, Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch, psychischen Erkrankungen oder anderen sensiblen Informationen.

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

Unterschrift des Patienten: _____ **Datum/Date:** _____
Patient Signature: (Formular ausdrucken und von Hand unterschreiben)
(Print form and sign by hand)

Name des Patientenvertreters: _____ **Datum/Date:** _____
Patient Representative Name:

Unterschrift des Patientenvertreters: _____
Patient Representative Signature: (Formular ausdrucken und von Hand unterschreiben.
Bitte fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei.)
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

Beziehung zum Patienten: _____
Relation to Patient:

