Washington State Department of Social & Health Services

ZUSTIMMUNG
CONSENT

HINWEIS FÜR KLIENTEN: Das Ministerium für Sozial- und Gesundheitsfragen (DSHS) kann Ihnen besser helfen, wenn wir mit anderen Behörden und Fachleuten zusammenarbeiten können, die Sie und Ihre Familie kennen. Indem Sie dieses Formular unterschreiben, erlauben Sie der DSHS und den unten genannten Behörden und Personen, vertrauliche Informationen über Sie zu nutzen und weiterzugeben. Die DSHS darf keine Leistungen verweigern, wenn Sie dieses Formular nicht unterschreiben, es sei denn, Ihre Zustimmung ist erforderlich, um Ihre Leistungsberechtigung festzustellen. Wenn Sie dieses Formular nicht unterschreiben, wird die DSHS im gesetzlich zulässigen Umfang möglicherweise trotzdem Informationen über Sie weitergeben. Wenn Sie Fragen über unsere Datenschutzpraktiken oder Ihre Datenschutzrechte haben, lesen Sie bitte die DSHS-Datenschutzerklärung (Notice of Privacy Practices) oder fragen Sie die Person, von der Sie dieses Formular erhalten haben.

KENNDATEN ZUM KLIENTEN:

NAME	GEBURTSDATUM	KENNNUMMER

ADRESSE	ORT	BND.-STAAT	PLZ

TELEFONNUMMER (MIT VORWAHL)	SONSTIGE INFORMATIONEN

ZUSTIMMUNG:

Ich erkläre hiermit meine Zustimmung zur Nutzung vertraulicher Informationen über mich innerhalb der DSHS zur Planung, Bereitstellung und Koordination von Diensten, Behandlungen, Zahlungen und Leistungen an mich sowie für andere gesetzlich zulässige Zwecke. Des Weiteren erteile ich der DSHS und den unten angegebenen Behörden, Leistungsanbietern und Personen die Genehmigung zur Nutzung meiner vertraulichen Informationen sowie zum Austausch dieser Informationen untereinander für die oben genannten Zwecke. Informationen können mündlich, per Computer, Post oder von Hand übergeben werden.

Bitte markieren Sie unten alle Stellen, für die diese Zustimmung zusätzlich zur DSHS gilt, und geben Sie deren Name und Adresse an:

☐ Ärzte und medizinische Versorger: _____
☐ Psychologische und psychiatrische Leistungsanbieter: _____
☐ Suchtbehandlungsanbieter: _____
☐ Sonstige DSHS-Vertragsanbieter: _____
☐ Wohnungsprogramme: _____
☐ Schulbezirke und Hochschulen: _____
☐ Strafvollzugsabteilung: _____
☐ Arbeitsamt und dessen Arbeitgeberpartner: _____
☐ Sozialversicherungsbehörde oder andere Bundesbehörde: _____
☐ Siehe beiliegende Liste
☐ Sonstige:

Ich genehmige und billige die Weitergabe der folgenden Unterlagen und Informationen (alle zutreffenden markieren):

☐ Alle meine Klientenunterlagen
☐ Die Unterlagen in der beiliegenden Liste
☐ Nur die folgenden Unterlagen
- ☐ Familie, soziale Vorgeschichte, Beschäftigung
- ☐ Zahlungsunterlagen
- ☐ Medizinische Informationen
- ☐ Individuelle Untersuchungen
- ☐ Behandlungs- und Pflegepläne
- ☐ Schule, Aus- und Weiterbildung
- ☐ Sonstige (angeben):

BITTE BEACHTEN: Wenn Ihre Klientenunterlagen die folgenden Informationen enthalten, müssen Sie zusätzlich diesen Abschnitt ausfüllen, um die entsprechenden Unterlagen einzubeziehen.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Weitergabe der folgenden Unterlagen (alle zutreffenden markieren):

☐ Geistige Gesundheit ☐ Ergebnisse von HIV/AIDS- und Geschlechtskrankheitstests, entsprechende Diagnosen und Behandlungen
☐ Suchtkrankheitsleistungen

- **Diese Zustimmung gilt für ☐ ein Jahr ☐ solange die DSHS Unterlagen benötigt, oder ☐ bis _____ (Datum oder Ereignis).**
- **Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen. Informationen, die bereits weitergegeben wurden, sind von meinem Widerruf nicht betroffen.**
- **Ich bin mir bewusst, dass Unterlagen, die im Rahmen dieser Zustimmung weitergegeben werden, möglicherweise nicht mehr durch die Gesetze geschützt sind, die für die DSHS gelten.**
- **Eine Kopie dieses Formulars ist gültig als Zustimmung zur Weitergabe meiner Unterlagen.**

UNTERSCHRIFT	DATUM	UNTERSCHRIFT DER BEHÖRDENKONTAKTPERSON/DES ZEUGEN	DATUM

UNTERSCHRIFT DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN ODER VERTRETERS (GEGEBENENFALLS)	TELEFONNUMMER (MIT VORWAHL)	DATUM

Wenn ich nicht die in den Unterlagen genannte Person bin, bin ich unterschriftsberechtigt, weil ich: (Beleg beilegen)

☐ Elternteil bin ☐ Vormund bin (Gerichtsurteil beilegen) ☐ persönlicher Vertreter bin ☐ Sonstige Befugnis:

MITTEILUNG AN INFORMATIONSEMPFÄNGER: **Wenn diese Unterlagen Informationen über HIV, Geschlechtskrankheiten oder AIDS enthalten, dürfen Sie diese Informationen ohne die ausdrückliche Einwilligung des Klienten nicht weitergeben.** Wenn Sie vom Klienten Informationen über **Drogen- oder Alkoholmissbrauch** erhalten haben, müssen Sie die folgende Erklärung beifügen, wenn Sie Informationen weitergeben (vorgeschrieben in 42 CFR 2.32):

Diese Informationen wurden Ihnen anhand von Unterlagen zur Verfügung gestellt, die den Bundesvertraulichkeitsvorschriften (42 CFR, Teil 2) unterliegen. Diese Bundesvorschriften untersagen Ihnen die weitere Offenlegung dieser Informationen, es sei denn, Sie haben hierzu die ausdrückliche schriftliche Genehmigung der Person, auf die sich die Informationen beziehen, und wie anderweitig in 42 CFR Teil 2 erlaubt. Eine allgemeine Genehmigung zur Weitergabe von medizinischen oder sonstigen Informationen ist für diesen Zweck NICHT ausreichend. Die Bundesvorschriften beschränken die Nutzung dieser Informationen auf die Fahndung nach und Strafverfolgung von Suchtpatienten.

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DES ZUSTIMMUNGSFORMULARS

Zweck: Verwenden Sie dieses Formular, wenn Sie die Einwilligung zur fortdauernden Nutzung vertraulicher Informationen über einen Klienten innerhalb der DSHS oder zur Weitergabe dieser Informationen an andere Behörden zum Zweck der Koordination von Leistungen, Behandlungen, Zahlungen oder des behördlichen Betriebs sowie für andere gesetzlich zulässige Zwecke benötigen. Klienten sind Personen, die Leistungen oder Dienste von der DSHS beziehen.

Nutzung: Füllen Sie dieses Formular im Interesse der Leserlichkeit wenn möglich elektronisch aus. **Für jede Person, einschließlich Kinder, muss ein separates Formular ausgefüllt werden.** „Sie“ bezieht sich in der Anleitung auf den DSHS-Mitarbeiter und „Sie“ im Formular bezieht sich auf den Klienten. Als Weitergabe von Unterlagen gilt auch die Nutzung und Offenlegung von vertraulichen Informationen über den Klienten.

Teile des Formulars:

KENNDATEN:

- Name: Geben Sie auf jedem Formular nur den Namen eines Klienten an. Geben Sie auch Namen an, die der Klient möglicherweise zu einem früheren Zeitpunk zum Erhalt von Leistungen benutzt hat.
- Geburtsdatum: Wird zur Unterscheidung des Klienten von anderen Personen mit ähnlichem Namen verwendet.
- Kennnummer: Geben Sie eine Klientenkennnummer oder eine andere Kennummer, wie z.B. eine Sozialversicherungsnummer (nicht erforderlich) ein, um die Identifizierung von Unterlagen und Verfolgung der Vorgeschichte und der erhaltenen Leistungen zu erleichtern.
- Adresse und Telefonnummer: Weitere Informationen, die bei der Ausfindigmachung und Identifizierung oder Kontaktierung des Klienten behilflich sind.
- Sonstige: Geben Sie in diesem Feld alle weiteren Informationen ein, die möglicherweise bei der Ausfindigmachung von Unterlagen behilflich sind, wie z.B. Teile der DSHS, die an Leistungen beteiligt waren, Namen von Angehörigen und andere relevante Informationen.

ZUSTIMMUNG (GENEHMIGUNG):

- Behörden oder Personen, die Unterlagen austauschen: Mit dem Ausfüllen dieses Formulars genehmigt der Klient die Nutzung und Weitergabe von vertraulichen Informationen innerhalb der gesamten DSHS. DSHS kann damit vertrauliche Informationen von den angegebenen externen Behörden und Personen in Empfang nehmen und an diese weitergeben. Geben Sie wenn möglich Kenndaten über die Informationen oder Leistungsanbieter an, wie Name, Adresse und Standort. Sie können auch eine Liste der Behörden beifügen, mit denen Informationen ausgetauscht werden können, die der Klient ebenfalls unterschreiben muss.
- Benötigte Informationen: Der Klient muss angeben, welche Unterlagen von der Zustimmung abgedeckt sind. Der Klient kann alle Unterlagen freigeben oder die freigegebenen Unterlagen nach Datum, Art und Ursprung einschränken. Wenn ein Klient eine Zustimmung nicht unterschreibt oder eine bestimmte Unterlagenart nicht angibt, können die betreffenden Unterlagen trotzdem weitergegeben werden, wenn dies gesetzlich zulässig ist. Sie können eine Liste der abgedeckten Unterlagen beilegen, die der Klient ebenfalls unterschreiben muss. Wenn die Unterlagen Informationen über Tests über die Behandlung von geistigen Erkrankungen (RCW 71.05.620), HIV/AIDS oder Geschlechtskrankheiten (RCW 70.24.105) bzw. Suchthilfe (42 CFR 2.31(a)(5)) beinhalten, muss der Klient diese Bereiche ausdrücklich markieren, um die Weitergabe der entsprechenden Unterlagen ausdrücklich zu genehmigen. Dieses Formular gilt nicht für die Einbeziehung von Psychotherapienotizen nach 45 CFR 164.508(b)(3)(ii). Für derartige Unterlagen ist ein separates Formular erforderlich.
- Geltungsdauer: Geben Sie je nach den Anforderungen Ihres Programms oder den gesetzlichen Vorschriften ein Ablaufdatum für die Zustimmung ein.
- Verständnis: Stellen Sie sicher, dass der Klient versteht, welche Genehmigungen erteilt werden und wie und warum die Informationen weitergegeben werden. Verwenden Sie falls erforderlich ein übersetztes Formular oder einen Dolmetscher, oder lesen Sie das Formular vor. Wenn der Klient weitere Informationen benötigt, händigen Sie ihm eine weitere Kopie der DSHS-Datenschutzerklärung (Notice of Privacy Practices) aus, oder verweisen Sie den Klienten an den Datenschutzbeauftragten Ihres Amtes.

UNTERSCHRIFTEN:

- Klient: Lassen Sie den Klienten oder ein Kind, das alt genug ist, um seine Zustimmung zu erteilen (13 für psychologische und psychiatrische sowie Suchtleistungen, 14 für HIV/AIDS und andere Geschlechtskrankheiten; keine Altersgrenze für Verhütungsmittel und Abtreibungen; 18 für medizinische und andere Unterlagen), in diesem Feld unterschreiben und die Unterschrift datieren. Der Klient kann in dem von Ihnen bezeugten Feld mit einem Zeichen unterschreiben.
- Behördenkontaktperson oder Zeuge: Sie müssen in diesem Feld unterschreiben, wenn Sie dem Klienten das Formular vorlegen und erklären. Bitte geben Sie Ihre Telefonnummer an. Wenn der Klient das Formular außerhalb des Amts unterschreibt, weisen Sie ihn an, einen Zeugen in diesem Feld unterschreiben zu lassen und eine Telefonnummer anzugeben. Ein Notar kann die Klientenunterschrift bezeugen.
- Elternteil oder anderer Vertreter: Wenn der Klient noch nicht alt genug ist, um seine Zustimmung zu erteilen, muss die Unterschrift durch einen Erziehungsberechtigten oder Vertreter erfolgen. Wenn das Kind noch nicht das Zustimmungsalter für die Weitergabe aller Unterlagen erreicht hat, müssen sowohl das Kind als auch der Erziehungsberechtigte unterschreiben. Wenn der Klient rechtskräftig entmündigt wurde, muss der vom Gericht bestimmte Vormund unterschreiben und eine Kopie des Vormundschaftsurteils beilegen. Wenn eine Person in einer anderen Funktion unterschreibt (einschl. einer Person mit Vollmacht oder ein Testamentsvollstrecker), markieren Sie „Sonstige Befugnis“ und besorgen Sie eine Kopie der rechtlichen Handlungsbefugnis. Die unterschreibende Person muss die Unterschrift datieren und eine Telefonnummer oder Kontaktinformationen angeben.