

Kundenidentifizierung			
NAME	GEBURTSDATUM	ID-NUMMER	
ADRESSE	ORT	BUNDESSTAAT	POSTLEITZAHL
TELEFONNUMMER (EINSCHLIESSLICH VORWAHL)	WEITERE INFORMATIONEN		



Einwilligung Consent

Hinweis für Kunden: Das Department Of Social And Health Services (DSHS) (Ministerium für Gesundheit und Soziales) kann Sie effektiver unterstützen, wenn wir mit anderen Behörden und Fachkräften zusammenarbeiten, die Sie und Ihre Familie kennen. Durch Unterzeichnen dieses Formulars erteilen Sie dem DSHS und den unten aufgeführten Behörden und Personen die Erlaubnis, vertrauliche Informationen über Sie zu verwenden und zu teilen. Das DSHS kann Ihnen die Leistungen nicht verweigern, wenn Sie dieses Formular nicht unterschreiben, es sei denn, Ihre Einwilligung ist zur Bestimmung Ihrer Anspruchsberechtigung erforderlich. Falls Sie dieses Formular nicht unterschreiben, kann das DSHS trotzdem Informationen über Sie innerhalb des gesetzlich zulässigen Rahmens weitergeben. Falls Sie Fragen zur Weitergabe vertraulicher Kundeninformationen durch das DSHS oder zu Ihren Datenschutzrechten haben, lesen Sie bitte die DSHS-Mitteilung über den Umgang mit vertraulichen Daten (DSHS Notice of Privacy Practices) oder fragen Sie die Person, die Ihnen dieses Formular ausgehändigt hat.

Einwilligung

1. Ich bewillige die Verwendung vertraulicher Daten über mich innerhalb des DSHS zur Planung, Bereitstellung und Koordination von Serviceleistungen, Behandlungen, Zahlungen und Leistungen für mich oder für andere, gesetzlich zugelassene Zwecke. Des Weiteren erteile ich dem DSHS sowie den anderen unten aufgeführten Behörden, Anbietern oder Personen die Erlaubnis, meine vertraulichen Daten zu verwenden und sie untereinander offenzulegen. Die Daten können mündlich oder elektronisch per E-Mail oder durch persönliche Zustellung weitergegeben werden.

Grund für die Offenlegung: Diese Informationen sind erforderlich, bevor das DSHS Daten zu Drogen- und Alkoholmissbrauch oder psychischen Erkrankungen weitergeben darf. Wenn Sie dieses Feld nicht ausfüllen, gibt das DSHS als Grund für die Offenlegung an, dass dies auf Ihren Wunsch erfolgt ist.

Bitte überprüfen Sie alle untenstehenden Behörden oder Personen, die in dieser Zustimmung zusätzlich zum DSHS enthalten sind, und identifizieren Sie sie anhand der Namen und Adressen:

- Gesundheitsdienstleister: _____
- Anbieter von psychischen Gesundheitsdienstleistungen: _____
- Anbieter für die Behandlung von Suchterkrankungen: _____
- Andere vom DSHS beauftragte Anbieter: _____
- Wohnungsbauprogramme: _____
- Schulbezirke oder Hochschulen: _____
- Department of Corrections (Strafvollzugsbehörde) _____
- Arbeitsamt und dessen Beschäftigungspartner: _____
- Sozialversicherungsanstalt oder andere staatliche Behörde: _____
- Siehe Liste im Anhang
- Sonstige: _____

2. Grund für die Offenlegung: Fortführung der Pflege Rechtliches Persönliches Sonstige:

3. Ich autorisiere und genehmige die Weitergabe der folgenden Unterlagen und Daten (bitte alles Zutreffende ankreuzen):

- Meine gesamten Kundenunterlagen Unterlagen auf der Liste im Anhang
- Ausschließlich die folgenden Unterlagen
 - Familien-, Sozial- und Beschäftigungshintergrund
 - Behandlungs- oder Versorgungspläne
 - Zahlungsbelege
 - Individuelle Beurteilungen
 - Bildung, Ausbildung und Schulung
 - Informationen zur psychischen Gesundheitsversorgung (bitte angeben):
 - Informationen zur Gesundheitsversorgung (bitte angeben):
 - Sonstige (bitte auflisten):

Kundenidentifizierung		
NAME	GEBURTSDATUM	ID-NUMMER
<p>Bitte beachten Sie: Falls Ihre Kundenunterlagen folgende Informationen enthalten, müssen Sie auch diesen Abschnitt ausfüllen, um diese Unterlagen mit einzubeziehen.</p> <p>Ich erteile die Erlaubnis, folgende Unterlagen weiterzugeben (bitte alles Zutreffende ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> Psychische Gesundheit <input type="checkbox"/> HIV/AIDS- und STI-Testergebnisse, Diagnose oder Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Substanzmissbrauchsstörung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Zustimmung gilt für ein Jahr oder <input type="checkbox"/> bis _____ (Datum oder Ereignis). • Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich zurückziehen, aber dies wird sich nicht auf Daten auswirken, die bereits weitergegeben wurden. • Ich verstehe, dass Unterlagen, die gemäß dieser Vereinbarung bereits weitergegeben wurden, womöglich nicht mehr länger durch die gesetzlichen Bestimmungen geschützt werden, die für das DSHS gelten. • Eine Kopie dieses Formulars ist zur Erteilung meiner Zustimmung zur Weitergabe von Unterlagen gültig. 		
UNTERSCHRIFT		DATUM
ZEUGE / NOTARIELLE UNTERSCHRIFT, FALLS ZUTREFFEND	ZEUGE / NAME DES NOTARS IN DRUCKSCHRIFT	DATUM
UNTERSCHRIFT EINES ELTERNTEILS ODER EINES ANDEREN GESETZLICHEN VERTRETERS (FALLS ZUTREFFEND)	TELEFONNUMMER (EINSCHLIESSLICH VORWAHL)	DATUM
<p>Falls ich nicht Gegenstand der Unterlagen bin, bin ich zum Unterzeichnen befugt aufgrund meiner Eigenschaft als: (Berechtigungsnachweis beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vormund (gerichtliche Anordnung beifügen) <input type="checkbox"/> Persönlicher Vertreter</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p>		

Hinweis für die Empfänger von Informationen: Falls diese Unterlagen Informationen über HIV-, STI- oder AIDS-Infektionen enthalten, dürfen Sie diese Information ohne die ausdrückliche Genehmigung des Kunden nicht weitergeben. Wenn Sie Informationen über Drogen- oder Alkoholmissbrauch durch den Kunden erhalten haben, müssen Sie gemäß 42 CFR 2.32 bei der Weitergabe von Informationen die folgende Erklärung hinzufügen:

Diese Informationen wurden Ihnen aus Unterlagen offengelegt, die durch die bundesweiten Vertraulichkeitsvorschriften (42 CFR Teil 2) geschützt sind. Aufgrund der Bundesvorschriften ist Ihnen jegliche weitere Offenlegung dieser Daten untersagt, es sei denn, eine weitere Offenlegung ist durch eine schriftliche Einwilligung der Person, die sie betreffen, oder anderweitig gemäß 42 CFR Teil 2 ausdrücklich erlaubt. Eine allgemeine Genehmigung zur Freigabe medizinischer oder anderer Daten ist für diesen Zweck NICHT ausreichend. Die Bundesvorschriften beschränken die Verwendung der Informationen auf strafrechtliche Ermittlungen oder die Strafverfolgung von Patienten, die Alkohol oder Drogen missbrauchen.

Anleitung zur Vervollständigung der Einwilligungsfomulare, DSHS 14-012

Verwendung: Verwenden Sie dieses Formular, wenn Ihre Einwilligung für die fortlaufende Verwendung oder Weitergabe vertraulicher Daten über einen Kunden innerhalb des DSHS oder zur Freigabe dieser Daten an andere Behörden erforderlich ist, um Serviceleistungen zu koordinieren, oder zur Behandlung, Bezahlung oder behördliche Vorgänge oder für andere, durch das Gesetz anerkannte Zwecke.

Füllen Sie dieses Formular nach Möglichkeit auf elektronischem Wege aus. Sie müssen **für jede weitere Person, einschließlich Kindern, ein separates Formular ausfüllen.**

Formularabschnitte:

IDENTIFIZIERUNG:

- **Name:** Geben Sie auf jedem Formular nur den Namen eines einzelnen Kunden an. Beziehen Sie auch ehemalige Namen mit ein, die der Kunde möglicherweise beim Bezug von Serviceleistungen verwendet hat.
- **Geburtsdatum:** Wird zur Unterscheidung des Kundennamens von dem anderer Personen benötigt.
- **Identifikationsnummer:** Geben Sie eine Kundenidentifikationsnummer oder andere Identifikatoren an, wie beispielsweise eine Sozialversicherungsnummer (nicht erforderlich), um die Identifizierung von Unterlagen und die Rückverfolgung des Verlaufs und der erhaltenen Serviceleistungen zu unterstützen.
- **Sonstige:** Geben Sie in diesem Feld alle zusätzlichen Informationen an, die bei der Lokalisierung der Unterlagen hilfreich sein können, beispielsweise die Beteiligung des DSHS an Serviceleistungen, Namen von Familienmitgliedern oder andere relevante Informationen.

EINWILLIGUNG (AUTORISIERUNG):

- **Grund für die Offenlegung:** Diese Informationen sind erforderlich, bevor das DSHS Daten zu Drogen- und Alkoholmissbrauch oder psychischen Erkrankungen weitergeben darf. Wenn Sie dieses Feld nicht ausfüllen, gibt das DSHS als Grund für die Offenlegung an, dass dies auf Ihren Wunsch erfolgt ist.
- **Behörden oder Personen, die Unterlagen austauschen:** Dieses ausgefüllte Formular ermöglicht: (1) die Verwendung und Weitergabe vertraulicher Informationen innerhalb des DSHS und an die aufgeführten Behörden oder Personen; und (2) die Weitergabe vertraulicher Informationen an das DSHS durch die aufgeführten externen Behörden oder Personen. Sie können im Anhang auch eine Liste von Behörden beifügen, denen die Weitergabe von Informationen gestattet ist; diese Liste muss vom Kunden ebenfalls unterzeichnet werden.
- **Enthaltene Informationen:** Die Kunden müssen angeben, welche Unterlagen unter die Einwilligung fallen. Kunden können alle Datensätze zur Verfügung stellen oder die enthaltenen Datensätze nach Datum, Typ oder Quelle der Datensätze einschränken. Falls der Kunde keine Einwilligung unterzeichnet oder keine spezielle Unterlage angibt, ist die Weitergabe dieser Unterlage immer noch gesetzlich zulässig. Sie können eine Liste der erfassten Unterlagen beifügen, die der Kunde ebenfalls unterschreiben muss. Wenn Unterlagen Informationen zu psychischer Gesundheit (RCW 71.05.620), HIV/AIDS- und STI-Testergebnisse oder -behandlungen (RCW 70.02.220) oder Drogen- und Alkoholbehandlungen (42 CFR 2.31(a)(5)) enthalten, muss der Kunde diese Bereiche ausdrücklich markieren, um die Weitergabe dieser Unterlagen zu genehmigen. Dieses Formular gilt nicht für die Aufnahme von Psychotherapie-Notizen gemäß 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); für die Aufnahme dieser Unterlagen muss ein separates Formular ausgefüllt werden.
- **Dauer:** Fügen Sie ein Ablaufdatum für die Einwilligung hinzu, wenn dieses vom Zeitraum eines Jahres abweicht. Die Einwilligung verliert in einem Jahr ihre Gültigkeit, sofern Sie kein anderes Datum angeben.
- **Verständnis:** Achten Sie darauf, dass der Kunde versteht, welche Erlaubnis gewährt wird und wie und warum Informationen weitergegeben werden. Verwenden Sie, falls erforderlich, ein übersetztes Formular und ziehen Sie einen Dolmetscher hinzu oder lesen Sie das Formular laut vor. Wenn der Kunde weitere Informationen benötigt, stellen Sie ihm eine zusätzliche Kopie der DSHS-Datenschutzklärung zur Verfügung oder verweisen Sie ihn an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Abteilung.

UNTERSCHRIFTEN:

- **Kunde:** Lassen Sie einen Kunden oder ein Kind über dem Mündigkeitsalter (13 Jahre für Serviceleistungen in Bezug auf psychische Gesundheit und Drogen- und Alkoholmissbrauch; 14 Jahre für HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten; jedes Alter für Verhütungsmittel und Schwangerschaftsabbrüche; 18 Jahre für Gesundheitsakten und andere Unterlagen), dieses Feld unterschreiben und das Datum der Unterschrift eintragen. Der Kunde kann in diesem Feld eine Markierung anbringen, die Sie bezeugen.
- **Zeuge oder Notar:** Zur Bestätigung der Identität des Kunden kann ein Zeuge oder ein Notar erforderlich sein, falls der Kunde dieses Formular nicht persönlich einreicht oder eine Bestätigung durch ein Programm erforderlich ist. Diese Person sollte die Unterschrift leisten und ihren Namen in Druckbuchstaben angeben.
- **Eltern oder andere gesetzliche Vertreter:** Falls es sich bei dem Kunden um ein Kind handelt, muss das Mündigkeitsalter noch nicht erreicht hat, muss ein Elternteil oder ein gesetzlicher Vormund unterschreiben. Wenn das Kind das für die Weitergabe aller Unterlagen erforderliche Mündigkeitsalter noch nicht erreicht hat, müssen sowohl das Kind als auch die Eltern unterschreiben. Falls der Kunde für geschäftsunfähig erklärt wurde, muss der vom Gericht bestellte Vormund die Ernennungsurkunde unterzeichnen und eine Kopie davon vorlegen. Wenn jemand in einer anderen Funktion unterschreibt (einschließlich einer Person mit Vollmacht oder einem Nachlassverwalter), markieren Sie „Sonstiges“ und lassen Sie sich eine Kopie der gesetzlichen Handlungsbefugnis aushändigen. Die unterzeichnende Person muss die Unterschrift datieren und eine Telefonnummer oder andere Kontaktinformationen angeben.