



Nieuw patiëntinformatieformulier (pagina 1 van 3)

De datum van vandaag:

Titel: ☒ Mevr. ☐ Missen ☐ Mevr. ☐ Dhr ☐ dr.

Achternaam:

Voornaam:

Middelste initialen:

Achternvoegsel:

Geslacht:

☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk

Burgerlijke staat:

☐ Enkel ☐ Getrouwd ☐ Gescheiden ☐ Gescheiden ☐ Weduwe

Geboortedatum:

Race:

☐ Afro-Amerikaans ☐ Kaukasisch ☐ Aziatisch ☐ Spaans ☐ Ander ☐ Afgewezen

Etniciteit:

☐ Spaans / Latino ☐ Niet Spaans/Latino ☐ Afgewezen

Moedertaal:

☐ Engels ☐ Spaans ☒ Pools Italiaans ☐ Ander

Vereist uw verzekering dat u een eerstelijnszorgaanbieder selecteert? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, wie heeft u geselecteerd?

Woonadres:

Postcode:

Stad:

Staat:

Telefoonnummer thuis:

Mobiele telefoon #:

Werktelefoon #:

Nieuw patiëntinformatieformulier (pagina 2 van 3)

Als wij u telefonisch moeten bereiken, in welke volgorde willen wij u dan het liefst bellen? Vul 1, 2, 3 in vóór het telefoontype.

_____ Thuistelefoon

- ☐ Het is oké om berichten op de huistelefoon achter te laten met gedetailleerde medische informatie
- ☐ Laat GEEN gedetailleerd bericht achter op de huistelefoon, maar laat het terugbelnummer achter

_____ alleen mobiele telefoon

- ☐ Het is oké om berichten op de huistelefoon achter te laten met gedetailleerde medische informatie
- ☐ Laat GEEN gedetailleerd bericht achter op de mobiele telefoon, maar laat het terugbelnummer achter

_____ alleen werktelefoon

- ☐ Het is oké om berichten op de huistelefoon achter te laten met gedetailleerde medische informatie
- ☐ Laat GEEN gedetailleerd bericht achter op de werktelefoon, laat alleen het terugbelnummer achter

E-mailadres:

Voorkeur contactmethode Wanneer wij contact met u moeten opnemen over niet-dringende zorgzaken, hoe moeten wij u dan bereiken? (vink er één aan):

- ☐ Veilig e-mailen via het Patiëntenportaal (aanbevolen) ☐ Telefoon ☐ E-mail

Voorkeursherinneringsmethode Hoe wilt u het liefst gecontacteerd worden over afspraken en zorgherinneringen? (vink er één aan):

- ☐ Mobiele telefoon ☐ Thuistelefoon ☐ Kantoor telefoon ☐ Mail

Heeft u een wilsverklaring/voorschotrichtlijn? ☐ Ja ☐ Nee (Zo ja, geef ons dan een kopie)

Verwezen door (controleer er één): ☐ Vriend ☐ Familie ☐ Gevestigde patiënt ☐ Lijst met gezondheidsplannen

- ☐ Internet zoekopdracht ☐ Folder/Direct Mail ☐ Gele pagina's ☐ Krant

Nieuw patiëntinformatieformulier (pagina 3 van 3)

Contactpersoon voor noodgevallen:

Naam:

Telefoon 1:

Telefoon 2:

Relatie:

Uw plaatselijke apotheek:

Naam:

Straat:

Dorp:

Uw post-away apotheek(als je er een hebt):

Naam:

Telefoon:

Fax:

Handtekening: _____

[illegible]



Formulier gezondheidsgeschiedenis (pagina 1 van 3)

Medische geschiedenis uit het verleden Omcirkel eventuele gezondheidsproblemen die u in het verleden heeft gehad of momenteel heeft. Voel je vrij om hieronder eventuele opmerkingen toe te voegen.

Hart probleem	Hoge bloeddruk/hypertensie
Verhoogd cholesterol	Bloedstolsels of bloedingsprobleem
Andere hart- of bloedsomloopproblemen	Seizoens- of omgevingsallergieën
Astma	Slaapapneu
Longontsteking	Andere long- of ademhalingsproblemen
Colitis	Reflux/GERD/chronisch brandend maagzuur
Zweren	Galblaas
Hepatitis	Poliepen
Andere maag- of darmproblemen	Kanker
Artritis	Jicht
Depressie	Spanning
Andere emotionele problemen	Alcohol- of middelenmisbruik
Nierziekte	Prostaatproblemen of BPH
Seksuele disfunctie of erectieproblemen	Urine-incontinentie
Over- of onderactieve schildklier	Andere schildklierproblemen
Diabetes	Osteoporose of lage botdichtheid
Breuken	Bloedarmoede
Andere bloedaandoeningen	Aanvallen
Hartinfarct	Migraine
Andere chronische hoofdpijn	Dementie
Andere zenuw- of neurologische problemen	Visie- of gehoorprobleem

Operaties:

Datum of jaar	Type operatie	Opmerkingen of reden voor een operatie



Formulier gezondheidsgeschiedenis (pagina 2 van 3)

Andere ziekenhuisopnames:

Datum of jaar	Ziekenhuis	Reden van ziekenhuisopname en eventuele aantekeningen

Familiegeschiedenis:

	Vader	Moeder	Broers of zussen	Kinderen	Groot-ouders	Ander Familieleden	Opmerkingen
<i>Indien overleden, wat was de leeftijd? dood</i>							
<i>Indien overleden, wat was de doodsoorzaak</i>							
Bloedarmoede							
Astma of allergieën							
Bloedings- of stollingsneiging							
Kanker							
Suikerziekte/suiker							
Epilepsie (aanvallen, convulsies)							
Hartziekte							
Hoge bloeddruk							
Nierziekte							
Geestelijke of zenuwstoornis/zelfmoord							
Alcohol- of drugsprobleem							
Migraine							
Osteoporose							
Hartinfarct							
Schildklier probleem							
Plotselinge/onverklaarbare dood eerder leeftijd 60							



Formulier gezondheidsgeschiedenis (pagina 3 van 3)

Oefening:

Sport jij? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, wat doet u aan lichaamsbeweging?

Hoe lang sport je en hoe vaak?

Rookgeschiedenis:

☐ Nooit gerookt

☐ In het verleden gerookt

☐ Rook momenteel: ☐ sigaretten ☐ pijp ☐ sigaren

Hoe veel?

Alcoholgebruik:

☐ Niet-drinker ☐ In AA

☐ Onregelmatig

☐ 1 - 2 drankjes per week

☐ Dagelijks Hoeveel per dag gemiddeld?

☐ Overig: Ik drink meestal ongeveer _____ drankjes, _____ keer per week.

☐ Welk soort alcohol? ☐ bier ☐ wijn ☐ likeur



Financiële Beleidsovereenkomst Patiënten

- Bij elk bezoek zal ik een bewijs van verzekeringsdekking overleggen.
- Ik begrijp dat het mijn verantwoordelijkheid is om geïnformeerd te worden over de voordelen en beperkingen van mijn verzekeringspolis.
- Ik begrijp dat mijn verzekeringspolis een contract is tussen mij en mijn verzekeringsmaatschappij. In het geval dat zij niet betalen voor de aan mij verleende diensten, waaronder vaccinaties, injecties en duurzame medische goederen, ben ik financieel verantwoordelijk tegen betaling voor deze diensten.
- Ik begrijp dat mijn account naar een professioneel incassobureau kan worden gestuurd als de betaling niet binnen 90 dagen na de factuurdatum is voldaan en dat in dat geval mijn relatie met Vanguard kan worden beëindigd.
- Ik begrijp dat als ik het niet eens ben met eventuele kosten of als ik een aanpassing van mijn factuur of claim wil aanvragen, ik binnen 30 dagen na de factuurdatum schriftelijk contact moet opnemen met het factureringskantoor.
- Ik begrijp dat het mijn verantwoordelijkheid is om Vanguard alle informatie te verstrekken die nodig is om te worden betaald voor diensten die aan mij of iemand anders zijn verleend die onder mijn verzekeringspolis valt, anders ben ik verantwoordelijk en zal ik het saldo volledig betalen.

TOESTEMMING VOOR HET VRIJGEVEN VAN INFORMATIE EN TOEWIJZING VAN VOORDELEN

Ik geef toestemming voor het vrijgeven van alle medische informatie die nodig is om deze claim te verwerken. Ik geef toestemming om een kopie van deze machtiging te gebruiken in plaats van het origineel.

Hierbij machtig ik Vanguard om namens mij uitkeringen aan te vragen voor gedekte diensten verleend door mijn huisarts, of in zijn/haar opdracht. Ik verzoek om betaling van mijn verzekeringsmaatschappij rechtstreeks aan Vanguard (of aan de partij die de opdracht aanvaardt),

Ik verklaar dat de informatie die ik heb gerapporteerd met betrekking tot mijn verzekeringsdekking correct is. Ik ga akkoord en accepteer de voorwaarden van het financiële beleid van Vanguard.

Ik geef toestemming om een kopie van deze machtiging te gebruiken in plaats van het origineel. Deze toestemming kan door mij of mijn verzekeringsmaatschappij op elk moment schriftelijk worden ingetrokken,

Datum _____

Handtekening (patiënt/Gaurdian) _____



**Nieuwe toestemming van patiënten voor het gebruik en openbaarmaking van gezondheidsinformatie
voor behandeling, betaling of gezondheidszorgoperaties**

Ik begrijp dat, als onderdeel van mijn gezondheidszorg, **VANGUARD MEDISCHE GROEP**, creëert en onderhoudt papieren en/of elektronische dossiers waarin mijn gezondheidsgeschiedenis, symptomen, onderzoeks- en testresultaten, diagnoses, behandeling en eventuele plannen voor toekomstige zorg of behandeling worden beschreven. Ik begrijp dat zijn informatie dient als:

- Een basis voor het plannen van mijn zorg en behandeling,
- Een communicatiemiddel tussen de gezondheidswerkers die bijdragen aan mijn zorg,
- Een informatiebron voor het toepassen van mijn diagnose en chirurgische informatie op mijn factuur
- Een middel waarmee een derde betaler kan verifiëren dat de gefactureerde diensten daadwerkelijk zijn geleverd, en

Ik begrijp dat ik de volgende rechten en privileges heb als:

- Het recht om de kennisgeving te bekijken voordat u deze toestemming ondertekent.

Ik begrijp dat VANGUARD MEDICAL GROUP niet verplicht is akkoord te gaan met de gevraagde beperkingen. Ik begrijp dat ik deze toestemming schriftelijk kan intrekken, behalve voor zover de organisatie op basis daarvan al actie heeft ondernomen. Ik begrijp ook dat door te weigeren deze toestemming te ondertekenen of deze toestemming in te trekken, deze organisatie kan weigeren mij te behandelen zoals toegestaan door Sectie 164.506 van de Code of Federal Regulations.

Ik begrijp verder dat VANGUARD MEDICAL GROUP zich het recht voorbehoudt om hun kennisgeving en praktijken voorafgaand aan de implementatie te wijzigen, in overeenstemming met Sectie 164.520 van de Code of Federal Regulations. Ik wil de volgende beperkingen hebben op het gebruik of de openbaarmaking van mijn gezondheidsinformatie:

Ik begrijp dat het als onderdeel van de behandelings-, betalings- of gezondheidszorgactiviteiten van deze organisatie noodzakelijk kan zijn om mijn beschermde gezondheidsinformatie aan een andere entiteit bekend te maken, en ik stem in met een dergelijke openbaarmaking voor dit toegestane gebruik, inclusief openbaarmaking via fax.

Ik begrijp de voorwaarden van deze toestemming volledig en accepteer / wijs deze af.

Ik heb de kennisgeving van het privacybeleid van VANGUARD MEDICAL GROUPS ontvangen en begrepen als:

Handtekening van de patiënt Datum

Patiënten **GEDRUKTE NAAM** _____

Indien niet ondertekend door de patiënt, geef dan uw relatie tot de patiënt aan (ouder, echtgenoot) _____

ALLEEN VOOR KANTOORPERSONEEL

() Toestemming ontvangen door _____ op _____

() Toestemming geweigerd door patiënt en behandeling geweigerd zoals toegestaan



Patiëntportaalaccount

Print naam: _____ Geboortedatum _____

E-mailadres: _____

Door dit formulier te ondertekenen, machtig ik Vanguard Medical Group (VMG) om via het persoonlijke, beveiligde patiëntenportaal met mij te communiceren over mijn medische zorg en behandeling. VMG zal u via uw persoonlijke e-mail laten weten dat er informatie te vinden is in uw Patiëntenportaal. Er wordt geen persoonlijke gezondheidsinformatie verzonden via of naar uw persoonlijke e-mail. Ik begrijp dat de volgende soorten beschermde gezondheidsinformatie kunnen worden gebruikt, openbaar gemaakt en bewaard door de zorgverleners van VANGUARD MEDICAL GROUP als gevolg van de communicatie:

1. Mijn persoonlijke gezondheidsinformatie;
2. Elektronische weergave van radiologische beelden (röntgenfoto's)
3. Resultaten van laboratoriumtests
4. Pathologie rapporten
5. Andere diagnostische testresultaten

Patiënten en/of persoonlijke vertegenwoordigers die via het kliniekportaal met hun zorgverleners willen communiceren, moeten alle volgende zaken overwegen voordat ze deze toestemming ondertekenen.

1. Portaalcommunicatie is een gemak en niet geschikt voor noodgevallen of tijdgevoelige kwesties.

2. Portaalberichten die bij Vanguard Medical Group worden ontvangen, kunnen toegankelijk zijn voor kantoorpersoneel tijdens hun taken ter ondersteuning van de zorgverleners.

3. Wij adviseren voorzichtigheid bij het communiceren van zeer gevoelige of persoonlijke informatie via Portal-berichten (dat wil zeggen: HIV-status, psychische aandoeningen, afhankelijkheid van chemicaliën en problemen met de compensatie van werknemers).

4. Klinisch relevante berichten en reacties worden gedocumenteerd in het medisch dossier

5. VMG is niet aansprakelijk voor informatie die verloren gaat of verkeerd wordt verzonden als gevolg van technische fouten of storingen

6. VMG is geen eigenaar van of heeft geen enkel belang in de Portal-website. E-mds Portal is een beveiligd kanaal waarin de communicatie met onze database wordt beheerd.

Ik begrijp dat ik het recht heb om deze toestemming op elk moment in te trekken. Als ik deze toestemming wil intrekken, moet ik dit schriftelijk doen en dit richten aan Vanguard Medical Group. Ik begrijp dat als ik deze toestemming intrek, deze niet van toepassing zal zijn op de informatie die al is vrijgegeven als gevolg van deze toestemming.

Ik begrijp dat ik kan weigeren deze machtiging te ondertekenen. Ik begrijp ook dat Vanguard Medical Group de behandeling, betaling of medische dossiers niet kan weigeren of weigeren als ik weiger deze toestemming te ondertekenen.

Ik heb de informatie in dit machtigingsformulier gelezen en begrepen.

Handtekening: _____

Datum: _____



HIPAA-autorisatie voor gebruik of openbaarmaking van beschermde gezondheidsinformatie

Ik begrijp dat VANGUARD MEDICAL GROUP, als onderdeel van mijn gezondheidszorg, papieren en/of elektronische gegevens opstelt en bijhoudt waarin mijn gezondheidsgeschiedenis, symptomen, onderzoeks- en testresultaten, diagnoses, behandeling en elk plan voor toekomstige zorg/behandeling worden beschreven. Ik begrijp dat nadat de beheerder van de dossiers mijn gezondheidsinformatie openbaar heeft gemaakt, deze mogelijk niet langer wordt beschermd door federale privacywetten. Ik begrijp dat deze machtiging vrijwillig is en dat ik kan weigeren deze machtiging te ondertekenen. Mijn weigering om te tekenen heeft geen invloed op mijn vermogen om een behandeling te krijgen of om in aanmerking te komen voor een uitkering, tenzij dit door de wet is toegestaan. Ik begrijp dat ik het recht heb om deze toestemming in te trekken, behalve voor zover de organisatie op basis daarvan al actie heeft ondernomen. Door hieronder te tekenen, Ik verklaar en garandeer dat ik de bevoegdheid heb om dit document te ondertekenen en toestemming te geven voor het gebruik of de openbaarmaking van beschermde gezondheidsinformatie, inclusief openbaarmaking per fax, en dat er geen claims of bevelen in behandeling zijn of van kracht zijn die mijn gezondheid zouden verbieden, beperken of anderszins beperken. mogelijkheid om het gebruik of de openbaarmaking van deze beschermde gezondheidsinformatie toe te staan. Deze machtiging is één jaar geldig vanaf de datum van ondertekening. Ik wil de volgende beperkingen hebben op het gebruik/openbaarmaking van mijn gezondheidsinformatie: Deze machtiging is één jaar geldig vanaf de datum van ondertekening. Ik wil de volgende beperkingen hebben op het gebruik/openbaarmaking van mijn gezondheidsinformatie: Deze machtiging is één jaar geldig vanaf de datum van ondertekening. Ik wil de volgende beperkingen hebben op het gebruik/openbaarmaking van mijn gezondheidsinformatie:

☐ Stuur alstublieft mijn volledige medische dossier OF ☐ Stuur alstublieft mijn medisch dossier mee, maar sluit het volgende uit

- ☐ HIV/AIDS-testen, diagnoses en behandeling
- ☐ Testen, diagnoses en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen
- ☐ Diagnoses
- ☐ en behandeling van psychische aandoeningen
- ☐ Psychotherapie aantekeningen
- ☐ Diagnoses en behandeling van drugs- of alcoholverslaving
- ☐ Genetische tests, resultaten en genetische informatie over mij
- ☐ Anders: _____

Hierbij geef ik toestemming voor het vrijgeven van mijn medische dossiers met betrekking tot mijn zorg en behandeling. Deze omvatten, maar zijn niet beperkt tot, de hieronder aangegeven records:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Samenvatting van ontslagrapport van de afdeling | <input type="checkbox"/> Ziekenhuis consulten | <input type="checkbox"/> Toegang H&P |
| <input type="checkbox"/> Spoedeisende Hulp met medicatielijst Radiologie/ | <input type="checkbox"/> Laboratoria | <input type="checkbox"/> ED-rapport en ziekenhuissamenvatting |
| <input type="checkbox"/> diagnostische resultaten | <input type="checkbox"/> Evaluatie van de spreekkamer | <input type="checkbox"/> ALLE RECORDS |

☐ FAX/MAIL MIJN GEGEVENS NAAR:

Vanguard Medical in Verona, NJ
271 Grove Avenue
Verona, NJ 07044
Telefoon: 201.337.3353 Fax: 973.239.0482

☐ Stuur mijn gegevens naar:

Aanbieder/Faciliteit: _____

Adres: _____

NAAM VAN DE PATIËNT: _____ GEBORTE DATUM: _____

HANDETEKENING VAN DE PATIËNT: _____ DE DATUM VAN VANDAAG: _____

INDIEN ONDERTEKEND DOOR EEN PATIËNTVERTEGENWOORDIGER, VERMELD UW RELATIE MET DE PATIËNT: _____



KENNISGEVING VAN PRIVACYPRAKTIJKEN

Vanguard Medische Groep

Ingangsdatum: 1 augustus 2013

SAMENVATTING

WAAR IS DEZE MEDEDELING VOOR? Deze Kennisgeving over Privacypraktijken (Kennisgeving) beschrijft hoe Vanguard Medical Group (Wij of Wij) uw medische informatie die wij bijhouden, kan gebruiken en openbaar maken en hoe u toegang kunt krijgen tot deze informatie.

WIE ZIJN WE? Vanguard Medical Group is een huisartsenpraktijk die bestaat uit alle werkzame artsen, verpleegkundigen, medewerkers en andere zorgprofessionals. Deze Verklaring is van toepassing op deze personen en op alle diensten die aan u worden geleverd in onze vestiging/een van onze vestigingen.

WAAROM HEB JE DEZE KENNISGEVING NODIG? De Health Insurance Portability and Accountability Act van 1996, zoals gewijzigd door de Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, legt ons bepaalde verplichtingen op met betrekking tot de manier waarop we uw gegevens mogen gebruiken en openbaar maken. **persoonlijke gezondheidsinformatie (PHI)**. Uw PHI bevat medische informatie over u, zoals uw medisch dossier en de zorg en diensten die u heeft ontvangen. Wij zijn toegewijd aan het behoud van de privacy van uw PHI. Wanneer we deze moeten gebruiken of openbaar maken, zullen we voldoen aan de volledige voorwaarden van deze Verklaring. Elke keer dat we uw PHI met anderen mogen of moeten delen, verstrekken we alleen de **minimum** hoeveelheid gegevens **nodig** om te reageren op de behoefte of het verzoek, tenzij anders toegestaan door de wet.

WANNEER KUNNEN WE UW PHI GEBRUIKEN/BEKENDMAKEN? Er zijn bepaalde toepassingen en openbaarmakingen van uw PHI die we kunnen ondernemen **zonder uw schriftelijke of andere toestemming**. Dit gebruik en deze openbaarmakingen kunnen bedoeld zijn voor doeleinden zoals het bieden van een behandeling aan u, het verkrijgen van betaling voor diensten die wij hebben geleverd, en andere gezondheidszorgactiviteiten (zoals administratie, kwaliteitsverbetering, kostenstudies en andere activiteiten die bedoeld zijn om de zorg die wij bieden aan u te verbeteren). al onze patiënten). Enkele andere voorbeelden zijn: PHI bekend gemaakt aan uw familieleden, goede vrienden of verzorgers, volksgezondheidsactiviteiten en -functionarissen, melding van misbruik of verwaarlozing zoals mogelijk vereist door de wet, activiteiten op het gebied van gezondheidstoezicht, gerechtelijke en administratieve procedures, wetshandavingsfunctionarissen, werknemers 'compensatie, en andere personen en activiteiten zoals uiteengezet in deze Kennisgeving. Personen die mogelijk toegang hebben tot uw gegevens **zonder uw schriftelijke of andere toestemming**. Dit kunnen artsen, verpleegsters, gezondheidszorgstudenten en ander ziekenhuispersoneel zijn.

WIJ MOETEN UW SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING VERKRIJGEN VOOR ELK GEBRUIK OF OPENBAARMAKING DIE NIET IN DEZE KENNISGEVING WORDT VERMELD. U kunt deze machtiging TE ALLEN TIJDE intrekken. Naast het verkrijgen van uw schriftelijke toestemming voor gebruik of openbaarmaking die niet in deze Verklaring wordt beschreven, zullen we doorgaans ook uw schriftelijke toestemming of goedkeuring moeten vragen voordat we de volgende informatie bekendmaken:

- HIV/AIDS-gerelateerde informatie
- Informatie over seksueel overdraagbare aandoeningen
- Tuberculose
- Psychotherapie-aantekeningen
- Informatie over geestelijke gezondheid
- Informatie over drugs en alcohol
- Genetische informatie

- Alle informatie waarin u, als minderjarige, een geëmancipeerde behandeling zoekt (bijvoorbeeld zorg in verband met uw zwangerschap of kind, seksueel overdraagbare aandoeningen, enz.)

Wij gaan ook op zoek naar jouwschriftelijke toestemming voor eventuele "marketing"-activiteiten die we kunnen uitvoeren of waarbij we geld zouden ontvangen voor het verstrekken van uw PHI aan een derde partij.

WELKE RECHTEN HEBT U VOOR UW PHI? U heeft het recht om ons te vragen bepaalde vormen van gebruik en openbaarmaking van uw PHI te beperken. We zullen ALLE verzoeken in overweging nemen, maar het kan zijn dat dit niet het geval is *vereist* om akkoord te gaan met de door u gevraagde beperkingen. U heeft ook het recht om uw PHI in te zien en kopieën te ontvangen, het recht om een wijziging of wijziging van uw PHI aan te vragen, het recht op een boekhouding (een lijst) van bepaalde openbaarmakingen van uw PHI, en het recht om eventuele openbaarmakingen van uw PHI in te trekken. toestemming die u mogelijk heeft verleend voor zover wij er nog niet op hebben vertrouwd. U hebt ook te allen tijde het recht om een papieren exemplaar van deze Verklaring te ontvangen.

KUNNEN WE DEZE MEDEDELING WIJZIGEN? Wij kunnen deze Verklaring wijzigen **te allen tijde**. De herziene Verklaring zal van toepassing zijn op alle PHI die we onderhouden. Als we deze Verklaring echter wijzigen, zullen we alleen wijzigingen aanbrengen voor zover toegestaan door de wet. We zullen de herziene Verklaring ook aan u beschikbaar stellen door deze op een plaats te plaatsen waar alle personen die diensten bij ons zoeken de Verklaring op onze website kunnen lezen. www.vanguardmedgroup.com. U kunt de nieuwe Verklaring ook op papier verkrijgen bij ons Privacykantoor.

AANVULLENDE INFORMATIE/KLACHTEN. U kunt contact opnemen met ons Privacykantoor als u aanvullende informatie wenst of vragen heeft over deze Verklaring of uw PHI. Als u van mening bent dat uw privacyrechten zijn geschonden, kunt u ook contact opnemen met ons Privacy Office OF een schriftelijke klacht indienen bij het Office of Civil Rights van het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid en Human Services. **Wij zullen GEEN represailles tegen u nemen als u een klacht bij ons of het Office of Civil Rights indient.**

HET BOVENSTAANDE IS SLECHTS EEN SAMENVATTING VAN DE RECHTEN EN VERPLICHTINGEN IN DEZE KENNISGEVING.

**LEES DE HELE KENNISGEVING DIE VOLGT ZORGVULDIG DOOR.
WIJ VERWELKOMEN ALLE VRAGEN DIE U HEEFT.**