

## Запрос медицинской документации

Чтобы получить копию своей медицинской документации из Fred Hutch Cancer Center (Онкологического центра имени Фреда Хатчинсона) для себя или другого лица, заполните форму разрешения на выдачу информации/запроса медицинской карты. Вы можете скачать форму по ссылке ниже или получить ее на стойке регистрации любой из клиник Онкологического центра имени Фреда Хатчинсона.

[Форма запроса медицинской документации \[PDF\]](#)

### Когда заполнять форму запроса медицинской документации

#### Дайте нам разрешение поговорить с вашими близкими

Чтобы предоставить членам вашей семьи, лицам, осуществляющим уход, или любому другому лицу, координирующему ваше лечение, разрешение на обсуждение вопросов, связанных с вашим лечением, с вашим врачом и/или лечащей командой (это также может подразумевать общение по электронной почте).

Пример: Ваш(-а) супруг(-а), ребенок или близкий человек могут позвонить и узнать график приемов или подтвердить предстоящие приемы. Вы можете указать несколько пунктов, даже если, кажется, что в таблице есть место только для двух.

#### Разрешите нам передавать вашу медицинскую документацию другим

Для того, чтобы ваши документы были переданы вам, члену семьи, лицу, осуществляющему уход, или кому-либо еще (страховой компании или адвокату).

Пример: Вы можете пожелать получить копию вашего последнего отчета о рентгенологическом исследовании. Или вы захотите отправить этот отчет о рентгенологическом исследовании своему(-ей) супругу(-е) или другому специалисту.

#### Дайте нам разрешение на получение вашей медицинской документации из другого медицинского учреждения

Чтобы дать нам (Онкологическому центру имени Фреда Хатчинсона) разрешение на получение ваших записей из других медицинских учреждений или кабинетов врачей. Некоторые государственные организации требуют ваше разрешение на передачу нам ваших документов. Это позволит нам получать вашу документацию из кабинета другого врача.

Пример: Документация о том, когда вас осматривал другой врач в Техасе или другом штате.

#### Вы хотите сделать более одного запроса

Чтобы сделать несколько запросов (дать нам разрешение на устное сообщение, выдачу или сбор защищенной медицинской информации), отправьте отдельную форму по каждому из запросов.

Пример: Ваш(-а) супруг(-а) хочет поговорить с вашим врачом и получить ваш последний отчет о рентгенологическом исследовании. Нам понадобится одна форма для разрешения на переговоры и вторая форма для обработки запроса на предоставление документации. Вторую форму всегда можно заполнить в другое время, когда возникнет необходимость.

## Как запросить документацию

Ваши документы отправляются вам или вашему врачу бесплатно. За документы, отправленные страховым компаниям и другим третьим лицам, может взиматься плата.

В соответствии с законодательством штата Вашингтон медицинские документы будут обработаны в течение не более 15 рабочих дней с момента получения запроса. При этом документы, необходимые для оказания неотложной помощи, будут обработаны раньше.

### Клиника South Lake Union

Формы запроса медицинской документации можно доставить лично на стойку регистрации на первом этаже или отправить нам по почте, факсу или электронной почте.

Часы работы: С понедельника по пятницу с 8:00 до 16:30

Телефон: [206.606.1114](tel:206.606.1114)

Факс: 206.606.1035

Электронная почта: [release@fredhutch.org](mailto:release@fredhutch.org)

Отправить почтой по адресу:

Fred Hutch Cancer Center  
Health Information Management  
PO Box 19023, K-104  
Seattle, WA 98109

### Протонная терапия

Формы запроса медицинской документации можно доставить лично на стойку регистрации на первом этаже или отправить нам по почте, факсу или электронной почте.

Часы работы: С понедельника по пятницу с 8:00 до 16:30

Телефон: [206.306.2033](tel:206.306.2033)

Факс: 206.374.2645

Электронная почта: [him.proton@fredhutch.org](mailto:him.proton@fredhutch.org)

Отправить почтой по адресу:

Fred Hutch Cancer Center – Proton Therapy  
ATTN: Medical Records  
1570 N. 115th St.  
Seattle, WA 98133

### Клиника Issaquah

Часы работы: С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00

Телефон: [425.392.2551](tel:425.392.2551)

Факс: 425.392.8827

Электронная почта: [isgrelease@fredhutch.org](mailto:isgrelease@fredhutch.org)

Отправить почтой по адресу:

Fred Hutch Cancer Center - Issaquah  
Medical Records  
1740 NW Maple St., Suite 211  
Issaquah, WA 98027

Клиника Peninsula

Часы работы: С понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00

Телефон: [360.697.8000](tel:360.697.8000)

Факс: 360.598.6227

Электронная почта: [penrelease@fredhutch.org](mailto:penrelease@fredhutch.org)

Отправить почтой по адресу:

Fred Hutch Cancer Center - Peninsula

Medical Records

19917 Seventh Ave, Suite 100

Poulsbo, WA 98370

Медицинский центр Вашингтонского университета — Northwest

Часы работы: С понедельника по пятницу с 7:00 до 16:30

Телефон: [206.606.2794](tel:206.606.2794)

Факс: 206.606.6855

Электронная почта: [nwhhimfax@fredhutch.org](mailto:nwhhimfax@fredhutch.org)

Отправить почтой по адресу:

Fred Hutch at UW Medical Center - Northwest

Medical Records

1560 115th St., Suite G16

Seattle, WA 98133

Онкологический центр имени Фреда Хатчинсона в EvergreenHealth

Часы работы: С понедельника по пятницу с 6:30 до 17:30

Телефон: [425.441.2600](tel:425.441.2600)

Факс: 425.441.2700

Электронная почта: [evgrelease@fredhutch.org](mailto:evgrelease@fredhutch.org)

Отправить почтой по адресу:

Fred Hutch at EvergreenHealth

Medical Records

12040 NE 128th St.

MS 98, Suite 1600

Kirkland, WA 98034

Онкологический центр имени Фреда Хатчинсона в Онкологическом центре Overlake

Часы работы:

- С понедельника по среду с 7:00 до 15:30
- Четверг с 6:30 до 15:00

Телефон: [206.606.5363](tel:206.606.5363)

Факс: 206.606.4360

Электронная почта: [belrelease@fredhutch.org](mailto:belrelease@fredhutch.org)

Отправить почтой по адресу:

Fred Hutch at Overlake Cancer Center

ATTN: Health Information Management

1135 116th Ave NE, Suite 250

Bellevue, WA 98004

## Необходимая нам информация

Для обработки вашего запроса нам нужна информация, приведенная ниже, заполненная в форме разрешения на передачу информации.

- Ф.И.О. и дата рождения пациента
- Номер телефона лица, сделавшего запрос
- Ф.И.О. (название) и адрес лица (организации), получающей документы
- Конкретная медицинская информация, которую вы хотели бы раскрыть
- Краткое описание назначения раскрываемой информации
- Крайний срок действия запроса, по истечении которого вы бы хотели аннулировать его

Сообщите нам формат, в котором вы предпочитаете получить свою медицинскую документацию:

- Бумажный
- Факс
- Зашифрованное электронное письмо (если файл не слишком большой)
- Компакт-диск

Если вы заранее договорились забрать документы лично, будьте готовы предъявить действительное удостоверение личности с фотографией. Если кто-то другой будет забирать вашу документацию, нам понадобится его имя, а он должен быть готов показать действительное удостоверение личности с фотографией.