



Mount Sinai

**ΑΙΤΗΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**  
**PATIENT ACCESS REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION**

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ**  
**PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b> LAST NAME:	<b>ΟΝΟΜΑ:</b> FIRST NAME:	<b>ΜΕΣΑΙΟ ΟΝΟΜΑ:</b> MIDDLE:
Όνοματεπώνυμο κατά τον χρόνο θεραπείας (εάν διαφέρει από το παραπάνω) Name at Time of Treatment (If different than above)		
Ημερομηνία γέννησης (ΜΜ/ΗΗ/ΕΕΕΕ): Date of Birth (MM/DD/YYYY):	Τηλέφωνο: Phone:	Email (προαιρετικά): Email (optional):
Διεύθυνση: Street Address:	Πόλη & Πολιτεία: City & State:	Ταχυδρομικός κώδικας: Zip Code:

**ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ(-ΕΣ) ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ** (επιλέξτε μόνο τις τοποθεσίες όπου σας παρασχέθηκαν υπηρεσίες):  
**LOCATION(S) OF SERVICE** (check only those where you received services):

<input type="checkbox"/> Mount Sinai Beth Israel	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Hospital
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Queens	<input type="checkbox"/> New York Eye and Ear Infirmary at Mount Sinai
<input type="checkbox"/> Mount Sinai West (γνωστό επίσης ως Roosevelt)	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Brooklyn (γνωστό επίσης ως Kings Highway)
<input type="checkbox"/> Mount Sinai St. Luke's	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Union Square
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Chelsea	<input type="checkbox"/> Άλλο - Παρακαλούμε διευκρινίστε: _____
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Doctors Faculty Practice:	
<input type="checkbox"/> Long Island	<input type="checkbox"/> Manhattan/Queens
<input type="checkbox"/> Brooklyn	<input type="checkbox"/> Bronx/Westchester
<input type="checkbox"/> Staten Island	

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ**  
**PLEASE FILL IN INFORMATION AND CHECK ALL BOXES THAT APPLY**

Ζητούμενα αρχεία/πληροφορίες Records/Information Requested	Ημερομηνία(-ες) παροχής υπηρεσίας Date(s) of Service	Τοποθεσία(-ες) παροχής υπηρεσίας Location(s) of Service
<input type="checkbox"/> Σύνολο ιατρικών αρχείων Entire Medical Record	_____	_____
<input type="checkbox"/> Επισκέψεις με εσωτερική νοσηλεία: Inpatient Visit(s):		
<input type="checkbox"/> Σημείωμα εξόδου (εξιτήριο) Discharge Summary	_____	_____
<input type="checkbox"/> Έκθεση χειρουργείου Operative Report	_____	_____
<input type="checkbox"/> Χειρουργείο ημέρας Ambulatory Surgery	_____	_____
<input type="checkbox"/> Επείγοντα περιστατικά (ER) Emergency Department (ER)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Εξωτερικό γραφείο ιατρού Outpatient Physician Office	_____	_____
<input type="checkbox"/> Όνομα παρόχου _____ Provider Name	_____	_____
<input type="checkbox"/> Εξωτερικά ιατρεία Outpatient Clinic	_____	_____
<input type="checkbox"/> Όνομα κλινικής _____ Clinic Name	_____	_____
<input type="checkbox"/> Καθορισμένο σύνολο αρχείων Designated Record Set	_____	_____
<input type="checkbox"/> Αποτελέσματα εξετάσεων: Test Results:		
<input type="checkbox"/> Εκθέσεις καρδιακού καθετηριασμού Cardiac Cath Reports	<input type="checkbox"/> Ακτινολογικές εκθέσεις Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Ιστοπαθολογικές εκθέσεις Pathology Reports
<input type="checkbox"/> Φιλμ καρδιακού καθετηριασμού Cardiac Cath Films	<input type="checkbox"/> Ακτινολογικές εικόνες Radiology Images	<input type="checkbox"/> Πλάκες ιστοπαθολογικής ανάλυσης Pathology Slides
<input type="checkbox"/> Άλλο (Άλλο) _____ Other	_____	_____
<b>Σκοπός αιτήματος:</b> Purpose of Request:	<input type="checkbox"/> Προσωπική χρήση Self	<input type="checkbox"/> Συνέχιση θεραπείας Continuing Treatment
	<input type="checkbox"/> Λήψη παροχών/επιδομάτων Benefits	<input type="checkbox"/> Άλλο: _____ Other:

**ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΜΟΡΦΗ/ΜΕΘΟΔΟ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ**  
**PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT/MODE OF DELIVERY**

**ΕΓΓΡΑΦΟΣ:**  ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΣ  ΠΑΡΑΛΑΒΗ **ΣΕ ΔΙΣΚΟ:**  ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΣ  ΠΑΡΑΛΑΒΗ  ΕΠΙΤΟΠΙΑ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ  
**PAPER:** MAIL PICKUP **DISC:** MAIL PICKUP **ONSITE INSPECTION**

**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ:**  Email για αποστολή αρχείου (ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ): \_\_\_\_\_  
**ELECTRONIC:** PDF/EMAIL: Email to send record to (REQUIRED): \_\_\_\_\_

Το Mount Sinai Health System ανταποκρίνεται σε αιτήματα πρόσβασης ασθενών σύμφωνα με τους νόμους HIPAA και NYS. Η υπογραφή αυτής της εξουσιοδότησης δεν θα αποτελέσει προϋπόθεση για τη λήψη θεραπειών ή πληρωμής. Ωστόσο, εάν δεν υπογράψετε, δεν θα είναι δυνατή η διάθεση των αρχείων σας.

**ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Με την υπογραφή μου παρακάτω, ζητώ από το Mount Sinai να επιτρέψει την πρόσβασή μου σε πληροφορίες υγείας με τον προαναφερόμενο τρόπο. Κατανώ ότι τα αιτήματα για τη λήψη αντιγράφων ιατρικών αρχείων υπόκεινται στα επιτρεπόμενα από τους ισχύοντες νόμους και κανονισμούς τέλη παραγωγής αντιγράφων και ότι θα έχω δυνατότητα τροποποίησης ή απόσυρσης του αιτήματός μου εάν δεν επιθυμώ να καταβάλω τα εν λόγω τέλη.

Υπογραφή ασθενούς ή εκπροσώπου: \_\_\_\_\_

Ημερο-  
μηνία: \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Personal Representative: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Η υπογραφή από εκπρόσωπο επιτρέπεται μόνο για ανηλίκους ή για ασθενείς που δεν έχουν τη δυνατότητα να υπογράψουν ιδιοχειρως (Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her own behalf)*

Όνοματεπώνυμο εκπροσώπου,  
ολογράφως με κεφαλαία: \_\_\_\_\_

Σχέση/Εξουσιοδότηση: \_\_\_\_\_

Personal Representative Print Name: \_\_\_\_\_

Relationship/Authority: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Αριθμός τηλεφώνου: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΠΟΣΤΕΙΛΕΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΜΗΛΟΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΑΤΩΘΙ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ**

Τοποθεσία	Διεύθυνση	Αριθμός τηλεφώνου
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003	212-420-2665 x-0
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway Brooklyn, NY 10025	718-951-2806
Mount Sinai Doctors Faculty Practice	Τα αιτήματα υποβάλλονται απευθείας στο γραφείο – Καλέστε το γραφείο για να λάβετε τα στοιχεία διεύθυνσης Ή Mount Sinai Doctors Faculty Practice – Medical Records 1 Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	Ιδιωτικό γραφείο
Mount Sinai Union Square	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003 Attn: Outpatient Team	212-844-5275
Mount Sinai St. Luke's	Mount Sinai St. Luke's Health Information Management 1111 Amsterdam Avenue New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue New York, NY 10019	212-523-6623
Mount Sinai Chelsea	Mount Sinai Downtown Chelsea Health Information Management 325 West 15th Street New York, New York 10011	212-604-6045
New York Eye and Ear Infirmary	New York Eye and Ear Infirmary Medical Records 310 East 14th Street New York, NY 10003	212-979-4352