**Suzanne Burger, Psy.D., P.C.**

 **83 Old Mamaroneck Road, White Plains, NY 10605**

**NOTICE   OF PRIVACY PRACTICES**

**INTRODUCTION**

The  Federal  Health  Insurance  Portability  and  Accountability  Act  (HIPAA)  requires  mental

health  professionals  to  issue  this  official  Notice  of  Privacy  Practices.  This  notice  describes  how

information  about  you  is  protected,  the  circumstances  under  which  it  may  be  used  or  disclosed

and  how  you  may  gain  access  to  this  information.  Please  review  it  carefully.

For  psychotherapy  to  be  beneficial,  it  is  important  that  you  feel  free  to  speak  about  personal

matters,  secure  in  the  knowledge  that  the  information  you  share  will  remain  confidential.  You

have  the  right  to  the  confidentiality  of  your  medical  and  psychological  information,  and  this

practice  is  required  by  law  to  maintain  the  privacy  of  that  information.

This  practice  is  required  to  abide  by  the  terms  of  the  Notice  of  Privacy  Practices  currently  in

effect,  and  to  provide  notice  of  its  legal  duties  and  privacy  practices  with  respect  to  protected

health  and  psychological  information.  If  you  have  any  questions  about  this  Notice,  please

contact  the  Privacy  Officer  at  this  practice.

**WHO   WILL   FOLLOW   THIS   NOTICE**

Any  health  care  professional  authorized  to  enter  information  into  your  medical  record,  all

employees,  staff,  and  other  personnel  at  this  practice  who  may  need  access  to  your

information  must  abide  by  this  Notice.  All  subsidiaries,  business  associates  (e.g.,  a  billing

service),  sites  and  locations  of  this  practice  may  share  medical  information  with  each  other  for

treatment,  payment  purposes  or  health  care  operations  described  in  this  Notice.  Except  where

treatment  is  involved,  only  the  minimum  necessary  information  needed  to  accomplish  the  task

will  be  shared.

**USES  AND   DISCLOSURES  FOR   TREATMENT,   PAYMENT,  AND   HEALTH   CARE**

**OPERATIONS**

I  may  use  or  disclose  your  Protected  Health  Information  (PHI),  for  treatment,  payment,  and

health  care  operations  purposes.  The  following  should  help  clarify  these  terms:

 PHI  refers  to  information  in  your  health  record  that  could  identify  you.  For  example,  it

may  include  your  name,  the  fact  you  are  receiving  treatment  here,  and  other  basic

information  pertaining  to  your  treatment.

 Use  applies  only  to  activities  within  my  office  and  practice  group,  such  as  sharing,

employing,  applying,  utilizing,  and  analyzing  information  that  identifies  you.

**NOTICE   OF PRIVACY PRACTICES**

4155  24  Street,  San  Francisco,  CA  94114  •  415-738-8055  •  www.drkorngold.com  •  License  #21643

!

 Disclosure  applies  to  activities  outside  of  my  office  or  practice  group,  such  as  releasing,

transferring,  or  providing  access  to  information  about  you  to  other  parties.

 Authorization  is  your  written  permission  to  disclose  confidential  health  information.  All

authorizations  to  disclose  must  be  made  on  a  specific  and  required  form.

 Treatment  is  when  I  provide,  coordinate,  or  manage  your  health  care  and  other

services  related  to  your  health  care.  For  example,  with  your  written  authorization  I  may

provide  your  information  to  your  physician  to  ensure  the  physician  has  the  necessary

information  to  diagnose  or  treat  you.

 Payment.  Your  PHI  may  be  used,  as  needed,  in  activities  related  to  obtaining  payment

for  your  health  care  services.  This  may  include  the  use  of  a  billing  service  or  providing

you  documentation  of  your  care  so  that  you  may  obtain  reimbursement  from  your

insurer.

 Health  Care  Operations  are  activities  that  relate  to  the  performance  and  operation  of

my  practice.  I  may  use  or  disclose,  as  needed,  your  protected  health  information  in

support  of  business  activities.  For  example,  when  I  review  an  administrative  assistant’s

performance,  I  may  need  to  review  what  that  employee  has  documented  in  your  record.

**WRITTEN   AUTHORIZATIONS  TO   RELEASE   PHI**

Any  other  uses  and  disclosures  of  your  PHI  beyond  those  listed  above  will  be  made  only  with

your  written  authorization,  unless  otherwise  permitted  or  required  by  law  as  described  below.

You  may  revoke  your  authorization  at  any  time,  in  writing.

**USES  AND   DISCLOSURES  WITHOUT   AUTHORIZATION**

The  ethics  code  of  the  American  Psychological  Association,  California  State  law,  and  the

federal  HIPAA  regulations  all  protect  the  privacy  of  all  communications  between  a  patient  and

a  mental  health  professional.  In  most  situations,  I  can  only  release  information  about  your

treatment  to  others  if  you  sign  a  written  authorization.  This  Authorization  will  remain  in  effect  for

a  length  of  time  you  and  I  determine.  You  may  revoke  the  authorization  at  any  time,  unless  I

have  taken  action  in  reliance  on  it.  However,  there  are  some  disclosures  that  do  not  require

your  Authorization.  I  may  use  or  disclose  PHI  without  your  consent  in  the  following

circumstances:

 Child  Abuse  –  If  I  have  reasonable  cause  to  believe  a  child  may  be  abused  or

neglected,  I  must  report  this  belief  to  the  appropriate  authorities.

!

!

th

**NOTICE   OF PRIVACY PRACTICES**

4155  24  Street,  San  Francisco,  CA  94114  •  415-738-8055  •  www.drkorngold.com  •  License  #21643

!

 Adult  and  Domestic  Abuse  –  If  I  have  reason  to  believe  that  an  individual  such  as  an

elderly  or  disabled  person  protected  by  state  law  has  been  abused,  neglected,  or

financially  exploited,  I  must  report  this  to  the  appropriate  authorities.

 Health  Oversight  Activities  –  I  may  disclose  your  PHI  to  a  health  oversight  agency  for

oversight  activities  authorized  by  law,  including  licensure  or  disciplinary  actions.  If  a

patient  files  a  complaint  or  lawsuit  against  me,  I  may  disclose  relevant  information

regarding  that  patient  in  order  to  defend  myself.

 Judicial  and  Administrative  Proceedings  –  If  you  are  involved  in  a  court  proceeding  and

a  request  is  made  for  information  by  any  party  about  your  treatment  and  the  records

thereof,  such  information  is  privileged  under  state  law,  and  is  not  to  be  released  without

a  court  order.  Information  about  all  other  psychological  services  (e.g.,  psychological

evaluation)  is  also  privileged  and  cannot  be  released  without  your  authorization  or  a

court  order.  The  privilege  does  not  apply  when  you  are  being  evaluated  for  a  third  party

or  where  the  evaluation  is  court  ordered.  You  must  be  informed  in  advance  if  this  is  the

case.

 Serious  Threat  to  Health  or  Safety  –  If  you  communicate  to  me  a  specific  threat  of

imminent  harm  against  another  individual  or  if  I  believe  that  there  is  clear,  imminent  risk

of  injury  being  inflicted  against  another  individual,  I  may  make  disclosures  that  I  believe

are  necessary  to  protect  that  individual  from  harm.  If  I  believe  that  you  present  an

imminent,  serious  risk  of  injury  or  death  to  yourself,  I  may  make  disclosures  I  consider

necessary  to  protect  you  from  harm.

 Worker's  Compensation  –  I  may  disclose  PHI  regarding  you  as  authorized  by  and  to  the

extent  necessary  to  comply  with  laws  relating  to  worker's  compensation  or  other  similar

programs,  established  by  law,  that  provide  benefits  for  work-related  injuries  or  illness

without  regard  to  fault.

**SPECIAL   AUTHORIZATIONS**

Certain  categories  of  information  have  extra  protections  by  law,  and  thus  require  special

written  authorizations  for  disclosures.

 HIV  Information  –  Special  legal  protections  apply  to  HIV/AIDS  related  information.  I  will

obtain  a  special  written  authorization  from  you  before  releasing  information  related  to

HIV/AIDS.

!

!

th

**NOTICE   OF PRIVACY PRACTICES**

4155  24  Street,  San  Francisco,  CA  94114  •  415-738-8055  •  www.drkorngold.com  •  License  #21643

!

 Alcohol  and  Drug  Use  Information  –  Special  legal  protections  apply  to  information

related  to  alcohol  and  drug  use  and  treatment.  I  will  obtain  a  special  written

authorization  from  you  before  releasing  information  related  to  alcohol  and/or  drug

use/treatment.  You  may  revoke  all  such  authorizations  (of  PHI,  HIV  information,  and/or

Alcohol  and  Drug  Use  Information)  at  any  time,  provided  each  revocation  is  in  writing,

signed  by  you,  and  signed  by  a  witness.  You  may  not  revoke  an  authorization  to  the

extent  that  (1)  I  have  relied  on  that  authorization;  or  (2)  if  the  authorization  was  obtained

as  a  condition  of  obtaining  insurance  coverage,  law  provides  the  insurer  the  right  to

contest  the  claim  under  the  policy.

**PATIENT’S   RIGHTS  AND   PSYCHOLOGIST’S   DUTIES**

**PATIENT’S   RIGHTS:**

 Right  to  Request  Restrictions  –  You  have  the  right  to  request  restrictions  on  certain

uses/disclosures  of  PHI.  However,  I  am  not  required  to  agree  to  the  request.

 Right  to  Receive  Confidential  Communications  by  Alternative  Means  –  You  have  the

right  to  request  and  receive  confidential  communications  by  alternative  means  and

locations.  (For  example,  you  may  not  want  a  family  member  to  know  that  you  are  seeing

me.  On  your  request,  I  will  send  your  bills  to  another  address.)

 Right  to  Inspect  and  Copy  –  You  have  the  right  to  inspect  or  obtain  a  copy  of  PHI  in  my

records  as  these  records  are  maintained.  In  such  cases  I  will  discuss  with  you  the

process  involved.

 Right  to  Amend  –  You  have  the  right  to  request  an  amendment  of  PHI  for  as  long  as  it  is

maintained  in  the  record.  I  may  deny  your  request.  If  so,  I  will  discuss  with  you  the

details  of  the  amendment  process.

 Right  to  an  Accounting  –  You  generally  have  the  right  to  receive  an  accounting  of  all

disclosures  of  PHI.  I  can  discuss  with  you  the  details  of  the  accounting  process.

 Right  to  a  Paper  Copy  –  You  have  the  right  to  obtain  a  paper  copy  of  the  Notice  of

Privacy  Practices  from  me  upon  request.

!

!

th

**NOTICE   OF PRIVACY PRACTICES**

!

**PSYCHOLOGIST’S   DUTIES:**

 I  am  required  by  law  to  maintain  the  privacy  of  PHI  and  to  provide  you  with  a  notice  of

my  legal  duties  and  privacy  practices  with  respect  to  PHI.

 I  reserve  the  right  to  change  the  privacy  policies  and  practices  described  in  this  notice.

Unless  I  notify  you  of  such  changes,  however,  I  am  required  to  abide  by  the  terms

currently  in  effect.

 If  I  revise  my  policies  and  procedures,  I  will  notify  you  at  our  next  session,  or  by  mail  at

the  address  you  provided  me.

**COMPLAINTS**

If  you  believe  your  privacy  rights  have  been  violated,  you  may  file  a  complaint  with  the  Privacy

Officer  at  this  practice  or  with  the  Secretary  of  the  Department  of  Health  and  Human  Services.

All  complaints  must  be  submitted  in  writing.  You  will  not  be  penalized  or  discriminated  against

for  filing  a  complaint.

If  you  have  any  questions  about  this  Notice,  or  would  like  to  know  how  to  file  a  complaint  with

the  Secretary  of  the  Department  of  Health  and  Human  Services,  please  contact  me:

Suzanne Burger, Psy.D., P.C.

83 Old Mamaroneck Road

White Plains, NY 10605

suzanne@drsburger.com

www.drsburger.com

**EFFECTIVE   DATE,   RESTRICTIONS,  AND   CHANGES  TO   PRIVACY   POLICY**

This  notice  will  go  into  effect  on  April  14,  2003  and  remain  so  unless  new  notice  provisions

effective  for  all  protected  health  information  are  enacted  accordingly.

!

!