Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
Zespół Leczenia Środowiskowego
ul. Szczecińska 31, 77-300 Człuchów

ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ I WSPÓŁPRACĘ Z ZESPOŁEM LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO

Dane Pacjenta:
Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania/pobytu: .....

1. Oświadczenie Pacjenta
Ja, niżej podpisany/a, wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na objęcie mnie opieką Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLŚ), działającego w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego w Człuchowie, oraz na współpracę z jego personelem w zakresie udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

2. Zakres współpracy
Przyjmuję do wiadomości, że opieka Zespołu Leczenia Środowiskowego może obejmować, odpowiednio do moich potrzeb zdrowotnych:

1. Konsultacje i wizyty personelu ZLŚ, w tym wizyty w miejscu mojego zamieszkania lub pobytu.
2. Ocenę stanu zdrowia psychicznego i potrzeb terapeutycznych.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz realizację uzgodnionego indywidualnego planu leczenia i wsparcia.
4. Działania terapeutyczne, psychoedukacyjne i wspierające, mające na celu poprawę mojego stanu zdrowia oraz funkcjonowania w środowisku.
5. Współpracę z osobami uczestniczącymi w moim leczeniu, w zakresie dopuszczonym obowiązującymi przepisami prawa.

3. Informacja o prawach Pacjenta
Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o:

1. Celu, charakterze i zasadach sprawowania opieki przez Zespół Leczenia Środowiskowego.
2. Dobrowolności współpracy oraz możliwości odmowy udziału w proponowanych działaniach lub wycofania zgody.
3. Prawie do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz możliwych następstwach ich zastosowania albo zaniechania.
4. Prawie do zadawania pytań dotyczących proponowanych świadczeń zdrowotnych.
5. Prawie do poszanowania godności, intymności i prywatności oraz zachowania w tajemnicy informacji związanych z moim leczeniem.
6. Tym, że zgoda na objęcie opieką ZLŚ nie zastępuje odrębnych zgód wymaganych przepisami prawa na określone świadczenia zdrowotne.

4. Przetwarzanie informacji dotyczących zdrowia

Przyjmuję do wiadomości, że informacje dotyczące mojego stanu zdrowia, leczenia i funkcjonowania będą przetwarzane przez osoby uprawnione, w zakresie niezbędnym do udzielania mi świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji innych obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Informacje te podlegają ochronie zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi praw Pacjenta, tajemnicy zawodowej oraz ochrony danych osobowych.

Udostępnianie informacji osobom trzecim następuje wyłącznie na odpowiedniej podstawie prawnej, w szczególności na podstawie upoważnienia Pacjenta, jeżeli jest ono wymagane.

5. Dobrowolność współpracy i cofnięcie zgody

Oświadczam, że:

1. Zgoda została przeze mnie wyrażona dobrowolnie, po uzyskaniu informacji o celu i zakresie współpracy.
2. Mam prawo odmówić udziału w proponowanym świadczeniu zdrowotnym lub cofnąć zgodę na dalszą współpracę z ZLŚ.
3. Cofnięcie zgody zostanie odnotowane w dokumentacji medycznej.
4. Odmowa lub cofnięcie zgody nie pozbawia mnie prawa do świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie obowiązujących przepisów.
5. Przyjmuję do wiadomości, że przepisy prawa przewidują szczególne przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych bez zgody Pacjenta.

6. Potwierdzenie

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższymi informacjami, miałem/am możliwość zadawania pytań oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia.

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką i współpracę z Zespołem Leczenia Środowiskowego na zasadach określonych powyżej.

Miejscowość i data: ……

Czytelny podpis Pacjenta: ……

Podpis osoby przyjmującej zgodę/upoważnienie: ……

Adnotacja o cofnięciu zgody *(jeżeli dotyczy):*

Data cofnięcia zgody: ……

Sposób złożenia oświadczenia: ……

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie: ……