

Zgoda na ustne ujawnienie informacji przez EEH

Telefon do domu: _____ Telefon komórkowy: _____ Telefon do pracy: _____

- Na który numer najlepiej dzwonić w ciągu dnia (08:00-16:00)? Do domu Komórkowy Do pracy
- Na który numer najlepiej dzwonić wieczorem (16:00-19:00)? Do domu Komórkowy Do pracy
- Jeśli możemy zostawić szczegółową wiadomość dotyczącą informacji na temat pacjenta, które mogą obejmować wyniki badań, przypomnienia o wizycie albo na temat innych świadczeń medycznych, proszę zaznaczyć preferowany numer/sposób dla wiadomości głosowej*.
 Do domu Komórkowy Do pracy Tekstowy Proszę nie zostawiać wiadomości

***Automatyczna sekretarka lub poczta głosowa musi mieć nagraną wiadomość identyfikującą, że jest to Pana/Pani Numer, np.: „Dodzwonili się Państwo do Jana Kowalskiego” lub „Tutaj numer 630-555-1212”**

- Proszę wymienić wszystkie osoby, którym MOŻEMY wyjawić dane dotyczące stanu zdrowia. Poniżej należy zaznaczyć, czy obejmuje to **drażliwe informacje medyczne**, takie jak zdrowie psychiczne, niepełnosprawność, AIDS/HIV lub inne choroby przenoszone drogą płciową, leczenie i/lub rozpoznanie, rozpoznanie uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, leczenie i/lub skierowanie na badanie genetyczne.

Imię i nazwisko	Relacja	Numer telefonu	Ujawnić zwykłe informacje	Ujawnić informacje wrażliwe
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

- Proszę wymienić **OSOBY DO KONTAKTÓW W NAGŁYCH PRZYPADKACH**

Imię i nazwisko	Relacja	Numer telefonu

Rozumiem, że ta zgoda obowiązuje do momentu jej odwołania przeze mnie. Rozumiem, że mogę odwołać tę zgodę w dowolnym momencie, składając pisemne oświadczenie woli na ręce lekarza. Pisemne odwołanie należy przesać na adres gabinetu lekarza. Rozumiem także, że nie będzie możliwe odwołanie przeze mnie niniejszej zgody w przypadkach, kiedy lekarz już z niej skorzystał w celu wykorzystania lub ujawnienia informacji o moim stanie zdrowia. Objęte ochroną informacje zdrowotne mogą zostać wyjawione stronom trzecim, jeśli będzie to dozwolone prawnie i uznamy, że w danych okolicznościach jest to konieczne.

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodz.: _____
 Podpis: _____ Data: _____

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____ Relacja: _____

**W przypadku podpisu rodzica lub opiekuna
 W przypadku podpisywania w imieniu dziecka, proszę pamiętać, aby wpisać swoje imię i nazwisko w polu osoby, której należy wyjawić informacje.**