Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie
Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Strzelnie

SPZOZ w MOGILNIE

Karta zgłoszenia

Formularz świadomej zgody rodzica/opiekuna prawnego na uczestnictwo dziecka w oddziaływaniach: leczniczych/medycznych/opiekuńczych/pielęgnacyjnych/profilaktycznych/psychoterapeutycznych/ psychologicznych/terapeutycznych zajęciowych/pedagogicznych/diagnostycznych prowadzonych przez CZPdDiM

I Rodzic/Opiekun **II Rodzic/Opiekun**

Imię..... Imię.....

Nazwisko..... Nazwisko.....

Adres zamieszkania..... Adres zamieszkania.....

PESEL..... PESEL.....

Tel.: Tel.:

PACJENT

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Data urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania.....

Tel.: .....

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka)

.....

1. WYPEŁNIA i PODPISUJE RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

Oświadczam również, że w przypadku braku wypełnienia danych drugiego rodzica/opiekuna prawnego, został on o tym fakcie poinformowany oraz wyraża zgodę na udział pacjenta w oddziaływaniach Centrum Zdrowia Psychicznego.

.....
(data i czytelny podpis opiekuna prawnego składającego oświadczenie)

Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w oddziaływaniach:

- leczniczych/medycznych/opiekuńczych/ pielęgnacyjnych w tym leki i środki medyczne
- profilaktycznych/psychoterapeutycznych/ psychologicznych/terapeutycznych/psychiatrycznych/ terapii zajęciowej/pedagogicznych/diagnostycznych
- sesji koordynacji, superwizji personelu i konsylia z innymi pracownikami/świadczeniodawcami/instytucjami, ochrony zdrowia, oświaty, pomocy społecznej oraz podmiotami udzielającymi wsparcia , w tym pomiędzy poziomami referencyjnymi.

- Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że przeprowadzanie powyższych działań wobec dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymaga również jego zgody.

2.Zostałem(am) poinformowany(na) przez specjalistę o: proponowanych metodach profilaktycznych/psychoterapeutycznych/psychologicznych /terapeutycznych/psychiatrycznych/terapii zajęciowej/pedagogicznych/diagnostycznych

3. W trakcie rozmowy ze specjalistą miałem(am) możliwość zadania wszelkich pytań dotyczących prowadzonych oddziaływań. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.

.....

(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie)

Wypełnia i podpisuje pacjent powyżej 16 roku życia (jeśli dotyczy):

1. Wyrażam zgodę na udział w oddziaływaniach:

- leczniczych/medycznych/opiekuńczych/ pielęgnacyjnych w tym leki i środki medyczne
- profilaktycznych/psychoterapeutycznych/ psychologicznych/terapeutycznych/ psychiatrycznych/ terapii
- poradzie psychologicznej/diagnostycznej
- sesji psychoterapii indywidualnej/grupowej/rodzinnej
- sesji wsparcia psychospołecznego
- sesji koordynacji, superwizji personelu i konsylia z innymi pracownikami/świadczeniodawcami/instytucjami, ochrony zdrowia, oświaty, pomocy społecznej oraz podmiotami udzielającymi wsparcia , w tym pomiędzy poziomami referencyjnymi.

2.Zostałem(am) poinformowany(na) przez specjalistę o: proponowanych metodach profilaktycznych/psychoterapeutycznych/psychologicznych /terapeutycznych/psychiatrycznych/terapii zajęciowej/pedagogicznych/diagnostycznych

3. W trakcie rozmowy ze specjalistą miałem(am) możliwość zadania wszelkich pytań dotyczących prowadzonych oddziaływań. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.

.....

(data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem uważnie i zrozumiałem treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż rozumiem cel zaproponowanych oddziaływań terapeutycznych, psychologicznych/pedagogicznych/diagnostycznych oraz ewentualne ryzyko z nimi związane, jak również rokowania, które zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadawalający.

.....

(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie)

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie
Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Strzelnie

SPZOZ w MOGILNIE

Strzelno.....

KARTA PACJENTA
(pomiędzy 16 r.ż. a 18 r.ż.)

Nr .....

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania .....

Tel. kontaktowy ..... E-mail .....

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę/nie wyrażam zgody* na oddziaływania psychoterapeutyczne

Data i podpis pacjenta .....

Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego

.....

Stopień pokrewieństwa.....

Tel. kontaktowy ..... E-mail .....

Adres zamieszkania
.....

Zostałem poinformowany o konieczności udzielenia zgody na oddziaływania psychoterapeutyczne przez moje dziecko, które ukończyło 16 r.ż.

Data i podpis opiekuna prawnego.....

Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego .....
.....

Stopień pokrewieństwa.....

Tel. kontaktowy ..... E-mail .....

Adres zamieszkania
.....

Zostałem poinformowany o konieczności udzielenia zgody na oddziaływania psychoterapeutyczne przez moje dziecko, które ukończyło 16 r.ż.

Data i podpis opiekuna prawnego.....

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie
Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Strzelnie

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 4.5.2016 L119):

1) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych mojego dziecka* wskazanych powyżej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie - Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Strzelnie (dalej SPZOZ), w celu niezbędnym dla potrzeb konsultacji, diagnozy psychologicznej i psychoterapii. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że: w każdej chwili mogę zażądać usunięcia owych danych osobowych z bazy SPZOZ, mam prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz ich przenoszenia, poprzez wysłanie wiadomości adres e-mail: rodo@mpcz.pl zawierającej stosowne żądanie; mam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Podanie danych jest warunkiem wykonania usługi w zakresie konsultacji, diagnozy psychologicznej i psychoterapii a ich niepodanie uniemożliwi wykonanie usługi. Dane osobowe będą przechowywane przez okres archiwizacji, wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania odpowiednio dokumentacji medycznej i dokumentacji księgowej, dokumentacji badań naukowych oraz dokumentacji postępowań związanych z roszczeniami. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną SPZOZ skierowaną do pacjentów, ich opiekunów i bliskich, dostępną na stronie www.spzoz-mogilno.pl.

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis I opiekuna prawnego.....

Data i podpis II opiekuna prawnego .....

2) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na otrzymywanie od SPZOZ materiałów psychoedukacyjnych i innych informacji związanych z leczeniem przesyłanych za pomocą poczty elektronicznej na powyżej wskazany przeze mnie, adres mailowy. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać wyrażoną zgodę. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis I opiekuna prawnego.....

Data i podpis II opiekuna prawnego .....

3) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na otrzymywanie od SPZOZ informacji o terminie i godzinie umówionej wizyty lub ich zmianach, które będą przesyłane za pośrednictwem telefonu na powyżej wskazany przeze mnie nr telefonu. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać wyrażoną zgodę. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis I opiekuna prawnego.....

Data i podpis II opiekuna prawnego .....

* niepotrzebne skreślić

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy dla Chłopców
im. św. Jana Bosko
ul. Kościuszki 15
88-320 Strzelno
tel. (52) 31-89-571
e-mail: osrodek@mowstrzelno.pl

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
Adres

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Upoważniam pracowników Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Strzelnie:

1) .....

2) .....

do kontaktu z Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Strzelnie oraz uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz udzielanych świadczeniach w CZPdDiM mojemu synowi/podopiecznemu .....

ur. ..... w .....

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego

Do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: …….....

PESEL (lub data urodzenia, jeśli nie posiada) : ……..…….....…

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent)*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby pisemnie upoważnionej lub osoby bliskiej (w przypadku śmierci pacjenta):

…….....

Adres zamieszkania:

…….....

Numer telefonu kontaktowego: ……

Wnioskuję* o

- ☐ **wydanie kopii dokumentacji medycznej**:
  - □ pełna dokumentacja medyczna pacjenta we wskazanym okresie leczenia
  - □ wybrane dokumenty (jakie?):……..….
- ☐ **wydanie kopii wyniku badania obrazowego na płycie CD/DVD**
- ☐ **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**
- ☐ **sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej**
- ☐ **wydanie oryginału dokumentacji medycznej (po okresie ustawowego przechowywania)**

Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / przychodni / poradni specjalistycznej / pracowni diagnostycznej:

  …….....…….....……...……..…….....

- za okres od ……....…… do …….....

Wnioskowaną dokumentację medyczną*:

- ☐ odbiorę osobiście (za okazaniem dokumentu tożsamości)
- ☐ proszę przesłać pocztą za potwierdzeniem odbioru na adres (koszty przesyłki za pobraniem pokrywa wnioskujący):

  …….....……

  …….....
- ☐ proszę przesłać pocztą elektroniczną w formie zaszyfrowanego pliku na adres mailowy……..
- ☐ odbierze osoba upoważniona (za okazaniem dokumentu tożsamości)

  Upoważniam: imię i nazwisko …….……

……..... …….……..

miejscowość, data czytelny podpis - imię i nazwisko wnioskującego

Na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06.11.2008 r. (t.j. Dz.U 2023 poz. 1545 ze zm.) informujemy, że pacjent oraz jego opiekun ustawowy lub osoba przez niego upoważniona, ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej.
Przepisy prawne uwzględniają także możliwość odbioru oryginałów dokumentacji medycznej po upływie 20 lat – licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu (w przypadku dzieci do ukończenia 2 roku życia- 22 lat; w przypadku leczenia krwią i jej składnikami lub zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia-30 lat)

POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU

Data: ……
Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: ……

Pieczątka i podpis pracownika: ……..

Zweryfikowano kompletność wnioskowanej do udostępnienia dokumentacji medycznej:

…… ……..
Data, pieczątka i podpis ordynatora/lekarza prowadzącego/
pracownika udostępniającego dokumentację

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Rodzaj:
□ historia choroby nr/rok……
□ historia zdrowia i choroby poradni……..
□ inna (jaka)……

Dokumentacja medyczna*:

☐ wysłana pocztą na wskazany adres. Łączna liczba stron……

☐ odebrana osobiście przez pacjenta. Łączna liczba stron……

☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
- upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- upoważnienie w niniejszym wniosku,
- odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Łączna liczba stron……

☐ wgląd z wykonaniem zdjęcia ze stron ……..
wgląd z wykonaniem notatek ze stron…….

Udostępnienie dokumentacji*:
□ pierwsze (nieodpłatne)
□ kolejne (naliczono opłaty zgodnie z aktualnymi przepisami prawnymi) w wysokości:

……

…… ……..
Data pieczątka i podpis pracownika
udostępniającego dokumentację

POTWIERDZAM UDOSTĘPNIENIE WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

……..
data i czytelny podpis osoby wnioskującej/upoważnionej
(nie dotyczy udostępnienia w formie wysyłki pocztą lub e-mail)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i/lub RODO
Wniosek zostanie rozpatrzony przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie bez zbędnej zwłoki zgodnie z kolejnością jego wpływu do jednostki. W przypadku, gdy dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do wniosku. Szpital nie pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie.
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych na stronie internetowej www.spzoz-mogilno.pl

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy dla Chłopców
im. św. Jana Bosko
ul. Kościuszki 15
88-320 Strzelno
tel. (52) 31-89-571
e-mail: osrodek@mowstrzelno.pl

……..
Imię i nazwisko

……..

……..
Adres

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Upoważniam pracowników Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Strzelnie:

1) ……...

2) ……

do kontaktu z Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Strzelnie oraz uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz udzielanych świadczeniach w CZPdDiM mojemu synowi/podopiecznemu .....……...

ur. ……..…… w ……..

……..

Data i czytelny podpis opiekuna prawnego