

ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΟΨΕΩΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ/ ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(GREEK)

ΤΜΗΜΑ 6: ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

Να συμπληρωθεί για κάθε παραπεμπτικό (από τον Κοινωνικό Λειτουργό, τον Υπεύθυνο Συστήματος Σχεδιασμού Φροντίδας Εξιτηρίου, τον Διαχειριστή Υπόθεσης) / To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

Δέχομαι ο/η _____ να αποκαλύψει τα προσωπικά ιατρικά δεδομένα μου για κάθε παραπεμπτικό.
(Όνομασία ιδρύματος που παρέχει τα δεδομένα)
(Name of facility disclosing information)

Οργανισμοί κοινοποίησης / Organizations referred to:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Κέντρο Μπέικρεστ
Baycrest | <input type="checkbox"/> Νοσοκομείο Μάρκαμ Στούφβιλ
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Νοσοκομείο Αποκατάστασης Σεντ Τζονς
St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> Κέντρο Υγείας Γουέστ Παρκ
West Park Healthcare Centre |
| <input type="checkbox"/> Ίδρυμα Μπριτζποϊντ Χέλθ
Bridgpoint Health | <input type="checkbox"/> Κέντρο Υγείας του Ρόβιντενς
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Ανατολικό Γενικό Νοσοκομείο του Τορόντο
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> Κέντρο Υγείας Γουίλιαμ Οσλερ
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Νοσοκομείο Κρέντιτ Βάλλεϋ
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Σύστημα Υγείας του Ρουζ Βάλλεϋ
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Κέντρο Υγείας Γκρέις του Τορόντο
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> Κεντρικό Νοσοκομείο Γιόρκ
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Υπηρεσίες Υγείας του Χάλτον
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Περιφερειακό Κέντρο Υγείας
άουθλεϊκ
Southlake Regional Health
Centre | <input type="checkbox"/> Κέντρο Αποκατάστασης του Τορόντο
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Άλλο (να διευκρινιστεί)
Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> Νοσοκομείο Λέικριτζ Χέλθ
Lakeridge Health | | <input type="checkbox"/> Κέντρο Υγείας Τρίλλιουμ
Trillium Health Centre | |

Για παραπεμπτικά Επίκτητου Εγκεφαλικού Τραύματος (ABI) μόνο / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:

Το Δίκτυο Επίκτητου Εγκεφαλικού Τραύματος του Τορόντο ενδέχεται να χρησιμοποιήσει περιλήψεις των παραπεμπτικών πληροφοριών για να ενημερωθεί με ποιούς τρόπους οι ασθενείς χρησιμοποιούν τις υγειονομικές υπηρεσίες. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα όπως το είδος αποκατάστασης για το οποίο έκαναν αίτηση οι ασθενείς και την πορεία της θεραπείας. Οι πληροφορίες σας θα συγκεντρωθούν από το σύστημα και στη συνέχεια θα συνδυαστούν με τις πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν από άλλους ασθενείς. Το ονοματεπώνυμο και τα ιατρικά δεδομένα σας δεν πρόκειται να κοινοποιηθούν. Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας θα πρέπει να εγκρίνει όλα τα ερευνητικά προγράμματα πριν χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες σας. Αν δεν επιθυμείτε να χρησιμοποιηθούν τα προσωπικά ιατρικά δεδομένα σας, η απόφαση αυτή δεν πρόκειται να επηρεάσει την περίθαλψή σας.

- Ναι / Yes**, επιθυμώ τα ιατρικά δεδομένα μου να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση του συστήματος και την έρευνα. Παρακαλώ να μην κοινοποιηθούν το ονοματεπώνυμο και τα ιατρικά δεδομένα μου.
 Όχι / No, δεν επιθυμώ τα ιατρικά δεδομένα μου να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση του συστήματος και την έρευνα.

Για παραπεμπτικό μέσω διαδικτύου μόνο / For e-Referrals only:

Η ομάδα περίθαλψης χρησιμοποιεί ένα σύστημα παροχής ηλεκτρονικών παραπεμπτικών προκειμένου να γνωστοποιηθούν τα ιατρικά δεδομένα στους παροχείς υγειονομικής περίθαλψης. Το σύστημα λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ούτως ώστε μόνο η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης να έχει πρόσβαση στις πληροφορίες σας. Η χρήση ενός συστήματος παροχής ηλεκτρονικών παραπεμπτικών επιταχύνει την έκδοση παραπεμπτικών. Συμβάλλει επίσης στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών διότι παρέχει πληροφορίες για οποιαδήποτε καθυστέρηση. Οι πληροφορίες σας θα συγκεντρωθούν από το σύστημα και στη συνέχεια θα συνδυαστούν με τις πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν από άλλους ασθενείς. Το ονοματεπώνυμο και τα ιατρικά δεδομένα σας δεν πρόκειται να κοινοποιηθούν. Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας θα πρέπει να εγκρίνει όλα τα ερευνητικά προγράμματα πριν χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες σας. Αν δεν επιθυμείτε να χρησιμοποιηθούν τα προσωπικά ιατρικά δεδομένα σας, η απόφαση αυτή δεν πρόκειται να επηρεάσει την περίθαλψή σας.

- Ναι / Yes**, επιθυμώ τα ιατρικά δεδομένα μου να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση του συστήματος και την έρευνα. Παρακαλώ να μην κοινοποιηθούν το ονοματεπώνυμο και τα ιατρικά δεδομένα μου.
 Όχι / No, δεν επιθυμώ τα ιατρικά δεδομένα μου να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση του συστήματος και την έρευνα.

Τυπωμένο ονοματεπώνυμο ασθενούς / Print Name of Patient: _____

Υπογραφή ασθενούς/εκπροσώπου / Signature of Patient/Substitute: _____

Όνοματεπώνυμο εκπροσώπου (τυπωμένο) / Name of Substitute (Print name): _____

Σχέση με τον ασθενή, αν υπογράψει ο εκπρόσωπος / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Ναι, χρησιμοποιήθηκε διερμηνέας όταν δώθηκε η συγκατάθεση / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
 Όχι, δεν ζητήθηκε διερμηνέας / No interpreter was required.

Ημερομηνία (έτος/μήνας/μέρα) / Date (YYYY/MM/DD): _____