

Formularz Działu Kontynuacji Opieki Kompleksowej [Complex Continuing Care] /
Skierowania na Oddział Rehabilitacji [Inpatient Rehab] - Intensywna Terapia [Acute Care]
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(POLISH)

SEKCJA 6: ZGODA NA WYJAWIENIE OSOBISTYCH INFORMACJI ZDROWOTNYCH
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

Do wypełnienia przez wszystkie osoby skierowujące (Pracownika społecznego/Pracownika szpitalnego odpowiedzialnego za wypisy/Pracownika koordynującego leczenie) / **To be completed for all referrals** (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

Zgadzam się na to aby _____ ujawniła moje osobiste informacje zdrowotne w celu sporządzenia skierowania.
(Nazwa ośrodka wyjawiającego informacje)
(Name of facility disclosing information)

Ośrodki do których został skierowany pacjent / Organizations referred to:

- | | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baycrest | <input type="checkbox"/> Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Inne (proszę wyszczególnić)
Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> Trillium Health Centre | |
| <input type="checkbox"/> Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> West Park Healthcare Centre | |

**Wyłącznie do skierowań wystawionych ze względu na Nabyte Obrażenie Mózgu [Acquired Brain Injury (ABI)] /
For Acquired Brain Injury (ABI) Referrals only:**

Organizacja Toronto ABI Network może użyć streszczeń informacji zawartych w Państwa skierowaniach do rozpoznania ogólnych tendencji, które uwidocznia sposób w jaki pacjenci korzystają z usług opieki zdrowotnej. To pomoże w znalezieniu odpowiedzi na badania naukowe na temat rodzaju rehabilitacji o który starają się pacjenci i ich trybie leczenia. Państwa informacje byłyby pobrane z bazy danych i następnie połączone z informacjami innych pacjentów. Imię, nazwisko jak i dane personalne nie byłyby podane w jakikolwiek sposób do wiadomości publicznej. Zanim Państwa dane mogą być użyte, Komitet ds. Etycznego Przeprowadzania Badań Naukowych (*Research Ethics Board*) musi zatwierdzić wszystkie badania naukowe. Jeśli Państwo nie wyrażają zgody na wykorzystanie swoich osobistych danych zdrowotnych, decyzja ta nie wpłynie w jakikolwiek sposób na Państwa opiekę lekarską.

- Tak / Yes**, moje informacje zdrowotne mogą być wykorzystane w celach naukowych lub/aby usprawnić system opieki zdrowotnej. Moje imię, nazwisko i dane personalne nie zostaną podane do wiadomości publicznej.
- Nie / No**, moje informacje zdrowotne nie mogą być wykorzystane w celach naukowych lub/aby usprawnić system opieki zdrowotnej.

Wyłącznie do skierowań elektronicznych / For e-Referrals only:

Zespół odpowiedzialny za Państwa leczenie stosuje elektroniczną metodę skierowań do ujawniania osobistych informacji zdrowotnych personelowi medycznemu. System ten jest zaprojektowany w sposób, który powoduje iż wyłącznie personel medyczny odpowiedzialny za Państwa leczenie będzie miał wgląd do danych. Stosowanie elektronicznych skierowań skraca okres oczekiwania na skierowania. Pomaga on również poprawić jakość opieki nad pacjentami, gdyż informacje są uwidatnione bezzwłocznie. Państwa informacje zawarte w bazie danych mogą być wykorzystane przez naukowców i w celach organizacji opieki zdrowotnej. Państwa informacje byłyby pobrane z bazy danych i następnie połączone z informacjami innych pacjentów. Zanim Państwa dane mogą być użyte, Komitet ds. Etycznego Przeprowadzania Badań Naukowych (*Research Ethics Board*) musi zatwierdzić wszystkie badania naukowe. Jeśli Państwo nie wyrażają zgody na wykorzystanie swoich osobistych danych zdrowotnych, decyzja ta nie wpłynie w jakikolwiek sposób na Państwa opiekę lekarską.

- Tak / Yes**, moje informacje zdrowotne mogą być wykorzystane w celach naukowych lub/aby usprawnić system opieki zdrowotnej. Moje imię, nazwisko i dane personalne nie zostaną podane do wiadomości publicznej.
- Nie / No**, moje informacje zdrowotne nie mogą być wykorzystane w celach naukowych lub/aby usprawnić system opieki zdrowotnej.

Imię i nazwisko Pacjenta (drukem) / Print Name of Patient: _____

Podpis Pacjenta/Osoby Upoważnionej / Signature of Patient/Substitute: _____

Imię i nazwisko Osoby Upoważnionej (drukem) / Name of Substitute (Print name): _____

Pokrewieństwo z Pacjentem, jeśli podpisane przez Osobę Upoważnioną / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Tak, do otrzymania tej zgody był użyty tłumacz. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
- Nie było zapotrzebowania na tłumacza. / No interpreter was required.

Data (rok/miesiąc/dzień/ YYYY/MM/DD) / Date (YYYY/MM/DD): _____