

ZGODA OGÓLNA - REGULAMINOWA (RÓWNOLEGLA) PACJENTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Wyjaśnienia:

Zgoda Równoległa - Zgoda wyrażona równoległe (jednocześnie) przez Przedstawiciela ustawowego Pacjenta oraz przez Pacjenta małoletniego, który ma ukończone 16 lat, lub jest ubezwłasnowolniony, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, co do udzielenia świadczenia zdrowotnego.

2) Niniejsza zgoda ogólna reguluje wyłącznie organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ogólne regulaminowe zasady relacji z Pacjentem i stałe elementy występujące podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w danym Podmiocie.

3) Zgoda ogólna nie zastępuje zgody Przedstawiciela Pacjenta i Pacjenta na konkretne leczenie, która musi być wyrażona odrębnie: ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wole poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom (zgoda konkludentna).

4) Do wszystkich zabiegów operacyjnych i podwyższonego ryzyka, w tym implantacji - niezbędna jest pisemna zgoda.

5) PODMIOTEM w rozumieniu niniejszej zgody jest ww. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

PACJENT (*imię i nazwisko*):

.....

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:Tel. e-mail.....

PRZEDSTAWICIEL PACJENTA: (*imię i nazwisko*)

.....

Adres zamieszkania:

.....

..

PESEL:Tel. e-mail.....

Związek z Pacjentem: Rodzic * / Opiekun * / Kurator * nr dokumentu tożsamości Przedstawiciela:

.....

PODMIOTY:

Podmiot I:

ARMADENT Gabinety Stomatologiczne Arkadiusz Makowiecki

Adres: Pl. Matejki 2/4 31-157 Kraków

NIP:911-103-02-62Regon:930243100 Tel.:12 42273 97

:Podmiot II:

Indywidualna Praktyka Stomatologiczna

Magdalena Szafraniec- Makowiecka

Adres:Pl. Matejki 2/4 31-157 Kraków

NIP:911-106-19-20Regon:121377610 Tel.:12 42273 97

Podmiot III

Adres Podmiotu III : Pl. Matejki 2/4 31-157 Kraków

Prywatna Praktyka Stomatologiczna

Piotr Lasota

Adres:Pl. Matejki 2/4 31-157 Kraków

NIP:659-129-02-79Regon:121375692 Tel.:12 42273 97

Lekarz prowadzący (imię i nazwisko):

Podstawa prawna: art. 31-37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późn. zm.)
oraz art. 6,11-22, 26-29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późn. zm.) oraz art. 18, 18a, 20 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.91.91.poz 408 z późn. zm.) oraz art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) oraz art. 22, 23 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003r. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) oraz art. 10 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2002 nr 144 poz. 1204 z późn. zm.) oraz art. 734-751 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)

Oświadczenia Przedstawiciela Pacjenta i Pacjenta:

1) Rozumiem, że ogólny stan zdrowia Pacjenta ma istotny wpływ na powodzenie leczenia stomatologicznego i bezpieczeństwo Pacjenta, dlatego zobowiązuje się do informowania lekarza prowadzącego nie tylko o miejscowym (zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych) stanie zdrowia, ale także o ogólnym stanie zdrowia, w szczególności o każdej okoliczności, o która będę zapytany przez lekarza ustnie lub w formie kwestionariusza medycznego (wywiadu lekarskiego), w tym ujawnię wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości (w tym choroby zakaźne) oraz przyjmowane aktualnie leki a także używki. Ponadto zobowiązuje się do informowania lekarza prowadzącego na początku każdej wizyty o ewentualnych zmianach stanu zdrowia.

2) Zobowiązuje się do informowania lekarza prowadzącego o świadczeniach medycznych udzielanych przez inne podmioty opieki zdrowotnej w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych, w szczególności o tym, że Pacjent jest w trakcie innego leczenia;

3) Wiem, że przed każdym świadczeniem medycznym mam prawo w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały, być poinformowany o:

- Stanie zdrowia i rozpoznaniu,
- Proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych,
- Dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania,
- Wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- Skutkach i ryzyku związanym z odmowa zgody na dane świadczenia.

Dlatego zobowiązuje się bez pytania ujawnić lekarzowi moje ewentualne obawy lub brak zrozumienia lub odmienne zdanie, co do ww. okoliczności i skonsultować je z tym lekarzem oczekując przystępnego i zrozumiałego wyjaśnienia. W przypadku braku zrozumienia lub dalszych obaw zobowiązuje się zażądać, aby lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie

4) Rozumiem, że u niektórych Pacjentów ww. informacje (m.in. o stanie zdrowia, metodach leczniczych itd.) mogą wywoływać nadmierny stres lub złe samopoczucie. Wiem, że mam prawo żądać, aby lekarz nie udzielał Pacjentowi informacji, o których mowa w pkt. poprzednim. Ewentualne zadanie nieudzielania informacji można złożyć na piśmie na stosownym druku obowiązującym w Podmiocie.

W takim przypadku można wskazać inną osobę, której takie informacje mają być przekazywane. Lekarz wówczas ma obowiązek udzielić informacji tej osobie.

5) Rozumiem, że każda zgoda na udzielenie konkretnego świadczenia jest udzielana przez Przedstawiciela Pacjenta i Pacjenta konkretnemu lekarzowi, jednak akceptuje, że dane świadczenie może być wykonywane przez zespół tj przy współdziałaniu lub przez innego lekarza pod kierownictwem lub na zlecenie lekarza, któremu udzielona została zgoda, oraz przy pomocy osób pozostałego personelu Podmiotu zgodnie z ich indywidualnymi kwalifikacjami i przydzielonymi zadaniami

Ewentualny brak zgody na udzielanie świadczenia przez daną osobę zobowiązuje się wyrazić ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje brak woli poddania się wykonywaniu świadczenia przez daną osobę.

6) Wyrażam zgodę na powierzenie wykonania części świadczenia podwykonawcy Podmiotu, tj. osobie trzeciej wykonującej zawód medyczny. W takim przypadku wyrażam zgodę na udzielenie mu informacji o stanie zdrowia Pacjenta, wgląd do dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do wykonania świadczenia oraz wykonanie zaplanowanej części świadczenia przez podwykonawcę.

7) * Przyjmuje do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji planowanego wcześniej leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenia lub zmniejszenia zakresu).

Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja z Pacjentem i Przedstawicielem może być utrudniona oraz należy dążyć do skrócenia czasu interwencji medycznej (odkrycia pola zabiegowego), co w istotny sposób zmniejsza stres i możliwość infekcji oraz przyspiesza gojenie.

Dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam zgodę kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.

8) Zobowiązuje się do niezwłocznego informowania lekarza prowadzącego o ewentualnym pogorszeniu się stanu zdrowia Pacjenta, które może mieć związek z udzielanymi Pacjentowi w Podmiocie świadczeniami zdrowotnymi.

9) Akceptuje, że lekarz ani Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników, w tym: stopnia zaawansowania choroby, cech osobniczych Pacjenta, stanu zdrowia ogólnego, przebytych chorób oraz postępowania Pacjenta po leczeniu. Przyjmuje do wiadomości i akceptuje, że zobowiązanie Podmiotu i lekarzy polega wyłącznie na zobowiązaniu do starannego działania zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania, leczenia chorób oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Akceptuje, że wszystkie umowy zawierane w tym Podmiocie, także umowy dorozumiane (bez formy pisemnej), są umowami o świadczenie usług medycznych, nie zaś umowami o dzieło, zastosowanie będą miały przepisy dotyczące umów zlecenia z wyłączeniem odpowiedzialności z tytułu zobowiązania do osiągnięcia zamierzonego rezultatu leczenia oraz rękojmi czy gwarancji, chyba że odrębna pisemna umowa stanowi inaczej.

10) Rozumiem, że informacje o stanie zdrowia i dokumentacja medyczna są udostępniane wyłącznie Pacjentowi lub jego Przedstawicielowi ustawowemu. Ww. informacja ani dokumentacja nie będzie udostępniana nikomu innemu (w tym nie będzie udostępniana rodzinie Pacjenta) z wyłączeniem przypadków przewidzianych ustawowo oraz tych, na które Przedstawiciel wyraził zgodę. Przedstawiciel ma prawo do pisemnego wskazania osób, którym może zostać udzielona informacja lub przekazana dokumentacja, na stosownym druku obowiązującym w Podmiocie, w innym przypadku informacja lub dokumentacja będzie mogła być przekazana wyłącznie osobiście Pacjentowi lub jego Przedstawicielowi.

11) Wyrażam zgodę na sporządzanie i przetwarzanie dokumentacji medycznej Pacjenta (w tym fotograficznej) w formie elektronicznej oraz na elektroniczne przetwarzanie informacji o stanie zdrowia.

12) Akceptuje, że za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii Podmiot może pobierać opłatę w wysokości określonej w art. 28. ust 4. pkt. 1)-3) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta

13) Akceptuje zasadę, że wgląd i udostępnienie dokumentacji medycznej osobom uprawnionym odbywa się po okazaniu dowodu tożsamości.

14) W przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Podmiotu wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy (lekarzkiej) i udostępnienie zakładowi ubezpieczeń Podmiotu i pełnomocnikowi Podmiotu danych osobowych Pacjenta i informacji ze nim związanych a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (udzielanym świadczeniem medycznym) a także informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej, w związku z prowadzonym postępowaniem. Zgoda dotyczy wyłącznie spraw niezbędnych do prowadzenia postępowania oraz przy zachowaniu poufności i ochrony danych osobowych oraz udostępnionych informacji.

15) Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielanych Pacjentowi świadczeń zdrowotnych oraz uczestniczenie w nich, osób (wykonujących zawód medyczny) innych niż udzielające świadczeń zdrowotnych, o ile przebywają tam za zgodą lekarza udzielającego świadczenia.

16) Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielanych Pacjentowi świadczeń zdrowotnych i uczestniczenie w nich innych lekarzy i personelu medycznego dla potrzeb dydaktycznych pod warunkiem, że przebywają tam za zgodą lekarza udzielającego świadczenia.

17) W przypadku demonstracji o charakterze wyłącznie dydaktycznym lekarz ma obowiązek zapytać Przedstawiciela Pacjenta i Pacjenta o zgodę. Uznaje, że do ewentualnej zgody na demonstracje wystarczy moja zgoda wyrażona ustnie.

18) Oświadczam, że znane mi są warunki lokalowe Podmiotu. Wyrażam zgodę na obecność w tym samym pomieszczeniu (gabinecie) innych Pacjentów lub ich opiekunów przebywających tam podczas udzielania mi/Pacjentowi świadczeń zdrowotnych. Moja zgoda obejmuje wyłącznie czas udzielania im świadczeń oraz niezbędny czas przed i po ich zakończeniu, o ile przebywają tam za zgodą lekarza udzielającego świadczenia.

19) Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o:

A. Prawach Pacjenta,

B. rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Podmiot, w tym o profilaktycznych Programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot, które znajdują się w lokalu Podmiotu w miejscu ogólnie dostępnym.

20) Wiem, że Przedstawiciel Pacjenta, którego prawa zostały naruszone w trakcie korzystania ze świadczeń medycznych ma prawo do złożenia ustnej lub pisemnej skargi do kierownika Podmiotu.

21) Oświadczam, że są mi znane i akceptuje warunki umieszczania / pozostawiania odzieży wierzchniej w poczekalni, która jest miejscem ogólnie dostępnym i niezabezpieczającym odzież przed ewentualną kradzieżą. Przyjmuje do wiadomości i akceptuje, że lekarze oraz personel Podmiotu zajmują się i są skoncentrowani na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tym samym nie mogą zajmować się opieką nad odzieżą lub innymi przedmiotami pozostawionymi w poczekalni. W związku z powyższym:

a) Zobowiązuje się do nie pozostawiania w poczekalni bez mojego nadzoru teczek, toreb, torebek, dokumentów, wartości pieniężnych, innych przedmiotów wartościowych, kart płatniczych, biżuterii, kluczyków do pojazdów ani kluczy do mieszkań lub innych podobnych przedmiotów.

b) W przypadku potrzeby zabezpieczenia przed utratą ww. przedmiotów lub odzieży wierzchniej, podczas udzielania Pacjentowi świadczeń zdrowotnych, zobowiązuje się do poinformowania o ww. lekarza lub personel i powierzenia im ww. rzeczy na przechowanie w odrębnym niż poczekalnia pomieszczeniu .

Zastrzega się, że Podmiot może odmówić przyjęcia niektórych rzeczy na przechowanie w szczególności rzeczy szczególnej lub ponadprzeciętnej wartości lub rodzaju czy rozmiarach lub ilości.

22) Zobowiązuję się do:

a. posiadania przy sobie dokumentu tożsamości i ważnego dokumentu uprawniającego do korzystania z ewentualnych nieodpłatnych świadczeń medycznych,

b. przestrzegania zaleceń lekarza,

c. przestrzegania zasad higieny osobistej,

d. zachowania spokoju na terenie Podmiotu,

e. przestrzegania zasad bezpieczeństwa w tym bezpieczeństwa przeciwpożarowego,

f. przestrzegania zakazu palenia tytoniu lub spożywania alkoholu, lub innych środków psychoaktywnych na terenie Podmiotu oraz w jego najbliższym otoczeniu,

g. przestrzegania zakazu wnoszenia niebezpiecznych przedmiotów.

23) Akceptuje zasadę, że Pacjenci i ich Przedstawiciele zgłaszający się pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających nie będą przyjmowani (z wyjątkiem stanów zagrożenia życia).

.....
..

Data: czytelny podpis Przedstawiciela Pacjenta czytelny podpis Pacjenta

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez lekarza prowadzącego oraz kierownika Podmiotu zdjęć medycznych, RTG, opisów przypadku Pacjenta do prac naukowych i szkolenia, prezentacji wykładów, publikacji naukowych pod warunkiem, że zdjęcia i opisy uniemożliwiają identyfikację Pacjenta.

.....
Data: czytelny podpis Przedstawiciela Pacjenta czytelny podpis Pacjenta

Zgoda na Przetwarzanie danych osobowych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich (Przedstawiciela oraz Pacjenta) danych osobowych oraz danych o stanie zdrowia Pacjenta na potrzeby tego Podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi przyszłych i obecnych umów i świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w tym Podmiocie. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....
Data: czytelny podpis Przedstawiciela Pacjenta czytelny podpis Pacjenta

