

Algemeen

Udostępnianie danych medycznych

Mogen wij uw medische gegevens delen? - Pools

Zgoda na udostępnianie danych medycznych

Contactgegevens Alrijne Ziekenhuis

Alrijne Ziekenhuis Leiden
Houtlaan 55
2334 CK Leiden
071 517 8178

Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp
Simon Smitweg 1
2353 GA Leiderdorp
071 582 8282

Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn
Meteoorlaan 4
2402 WC Alphen aan den Rijn
0172 467 467

W Alrijne lekarz prowadzący Państwa leczenie oraz pozostałe podmioty udzielające Państwu pomocy medycznej zgromadziły Państwa dane medyczne w Elektronicznych aktach pacjenta (Elektronisch Patiëntendossier – EPD). Jest to konieczne do prawidłowego leczenia i opieki. Jeśli po tym fakcie będą zajmowały się Państwem jeszcze inne podmioty świadczące pomoc medyczną, niezbędne może być udostępnienie im Państwa danych medycznych. Aby stało się to możliwe potrzebujemy Państwa zgody.

Chcąc zagwarantować Państwu najlepszą możliwą opiekę, Alrijne współpracuje z podmiotami udzielającymi pomocy medycznej w regionie, np. z Państwa lekarzem rodzinnym, opieką domową i innymi szpitalami. Dla opieki nad Państwem, bardzo ważne jest, abyśmy zarówno my, jak i inne podmioty ochrony zdrowia, mieli dostęp do Państwa koniecznych danych medycznych. Z tego powodu zwracamy się do Państwa z prośbą o wyrażenie zgody na udostępnianie Państwa danych medycznych innym podmiotom ochrony zdrowia, z którymi współpracujemy, a także na uzyskiwanie Państwa danych medycznych z laboratoriów.

Zgoda

Państwa zgoda pozwoli podmiotowi udzielającemu pomocy i zajmującemu się Państwa leczeniem zapoznać się z Państwa koniecznymi danymi medycznymi. Jeśli nie wyrażą Państwo zgody, podmiot udzielający pomocy będzie miał wiedzę wyłącznie w zakresie badań, o które sam wystąpi. Alrijne nie przekaze żadnych danych medycznych, jeśli zaznaczą Państwo, że nie wyrażają na to zgody*.

Udostępniane dane

Udostępniamy wyłącznie dane niezbędne do Państwa leczenia. Podmiot udzielający pomocy otrzymuje wgląd w dane wyłącznie, jeśli bierze czynny udział w leczeniu.

Może to dotyczyć wszystkich danych, które mają znaczenie dla Państwa leczenia, np.:

- alergii,
- leków,
- obrazów medycznych takich, jak skanów MRI, zdjęć rentgenowskich i ich opisów,
- wyników badań laboratoryjnych,
- sprawozdań z leczenia,
- Państwa imienia i nazwiska, adresu, miejsca zamieszkania (danych adresowych),
- numeru ewidencyjno-podatkowego (BSN).

Zwracamy się z prośbą o wyrażenie zgody na:

- Udostępnianie Państwa danych medycznych, zarówno obecnie, jak i w przyszłości, innym podmiotom świadczącym pomoc medyczną.
- Możliwość uzyskiwania Państwa danych medycznych z laboratoriów i od innych podmiotów opieki zdrowotnej.

Podmioty, którym Alrijne udostępnia dane medyczne

Jeśli wyrażą Państwo zgodę, będzie to oznaczało, że Alrijne będzie mogło udostępniać Państwa dane medyczne podmiotom opieki zdrowotnej wyszczególnionym na liście znajdującej się na stronie:

www.alrijne.nl/gegevensdelen.

Jeśli wyrażą Państwo zgodę, będzie to oznaczało, że szpital Alrijne będzie mógł udostępniać Państwa dane medyczne podmiotom opieki zdrowotnej wyszczególnionym na liście obecnie, jak i w przyszłości.

Aby nie było wątpliwości wymieniamy tu szczególnie poniższe laboratoria. Niniejszym oświadczają Państwo, że udzielają zgody laboratoriom AtalMedial i Eurofins/Scal na wymianę obrazów i innych danych z badań ze szpitalem Alrijne.

Zgoda dotycząca dzieci

W przypadku dzieci do 12. roku życia zgodę wyraża rodzic (lub opiekun prawny). Dzieci w wieku od 12. do 16. lat wyrażają samodzielnie zgodę na udostępnianie danych w porozumieniu ze swoim przedstawicielem prawnym. Od 16. roku życia dziecko podejmuje decyzję zupełnie samodzielnie.

Sposób wyrażenia zgody

- Zgodę mogą Państwo wyrazić logując się przy pomocy identyfikatora elektronicznego DigiD na portalu internetowym w MijnAlrijne.
- Formularz, który znajduje się w tym katalogu można podpisać i złożyć w rejestracji dla pacjentów. Formularz zostanie włączony do Państwa akt.
- Mogą Państwo również ustnie wyrazić zgodę w rejestracji dla pacjentów i podpisać tam formularz zgody. Formularz zostanie włączony do Państwa akt.

W ten sam sposób mogą Państwo w dowolnym momencie cofnąć swoją zgodę.

Więcej informacji znajduje się na stronie www.alrijne.nl/gegevensdelen

*W nagłych przypadkach nie zawsze możliwe jest uzyskanie zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela prawnego) na wgląd w jego dane medyczne. Wtedy lekarz w określonych przypadkach ma prawo założyć, że pacjent wyraża zgodę. Źródło: federacja organizacji lekarskich KNMG.

ZGODA NA UDOSTĘPNIANIE DANYCH

Udostępnianie danych medycznych

- TAK. Wyrażam zgodę szpitalowi Alrijne na:
- udostępnianie moich danych medycznych, zarówno obecnie, jak i w przyszłości, podmiotom świadczącym pomoc medyczną;
 - uzyskiwanie moich danych medycznych z laboratoriów i od innych podmiotów opieki zdrowotnej;
- zgodnie z opisem znajdującym się w katalogu „Zgoda na udostępnianie danych medycznych” szpitala Alrijne.
- NIE. Nie wyrażam zgody.

Moje dane (wypełnia pacjent)

Nazwisko: M K

Inicjały:

Adres:

Kod pocztowy i miejscowość:
.....

Data urodzenia:-.....-.....

Numer pacjenta:

Podpis:

Data:

.....

.....-.....- 20.....

ZGODA NA UDOSTĘPNIANIE DANYCH (dzieci)

Przekazywanie danych medycznych

- W przypadku dzieci do 12. roku życia, zgodę wyraża rodzic lub opiekun prawny. W tym celu można skorzystać z niniejszego formularza.
- W przypadku dzieci od 12. do 16. roku życia, chcących wyrazić zgodę, podpis składa zarówno dziecko, jak i rodzic/opiekun prawny.
- Dzieci powyżej 16. roku życia wyrażają zgodę samodzielnie i wypełniają osobny formularz.

Aby wyrazić zgodę w imieniu swoich dzieci, proszę wpisać ich dane. Proszę nie zapomnieć o złożeniu podpisu.

TAK. Udzielam zgody szpitalowi Alrijne na:

- udostępnianie moich danych medycznych/danych medycznych mojego dziecka podmiotom opieki zdrowotnej zarówno obecnie, jak i w przyszłości.
- uzyskiwanie moich danych medycznych/danych medycznych mojego dziecka w laboratoriach i od innych podmiotów opieki zdrowotnej.

zgodnie z opisem znajdującym się w katalogu „Zgoda na udostępnianie danych medycznych” szpitala Alrijne.

NIE. Nie wyrażam zgody.

Dane dziecka

Nazwisko: M K

Inicjały:

Adres:

Kod pocztowy i miejscowość:

Data urodzenia:-.....-.....

Numer pacjenta:

Podpis dziecka:

.....

Podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....

Data:

.....-.....- 20.....