

ZAŁĄCZNIK NR 3

DO PROCEDURY OBSŁUGI I UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI
POTRZEBAMI

UPOWAŻNIENIE DLA OSOBY TRZECIEJ DO ZGŁOSZENIA SZCZEGÓLNEJ POTRZEBY I DOKONANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z ZAPEWNIENIEM DOSTĘPNOŚCI

1. Dane osoby udzielającej upoważnienia

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Data urodzenia:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Adres e-mail:

.....

2. Dane osoby upoważnionej

Upoważniam:

Imię i nazwisko:

.....

Stopień pokrewieństwa / relacja z pacjentem:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ul. Św. Jana Kantego 13
32-060 Liszki
NIP 944-18-56-901
Tel/fax: 12 280 62 83
e-mail: sgzoz@przychodnialiszki.pl
www.przychodnialiszki.pl

 SPZOZ LISZKI

Adres e-mail:

.....

do działania w moim imieniu w zakresie określonym w niniejszym upoważnieniu.

3. Zakres upoważnienia

Upoważniam wskazaną powyżej osobę do wykonywania w moim imieniu czynności związanych wyłącznie ze zgłaszaniem szczególnych potrzeb oraz organizacją dostępności podczas korzystania przeze mnie ze świadczeń i usług Placówki.

Upoważnienie obejmuje:

- ☐ zgłoszenie szczególnej potrzeby do Placówki
- ☐ złożenie Formularza / Ankiety zgłoszenia szczególnych potrzeb pacjenta
- ☐ złożenie Wniosku o zapewnienie komunikacji w formie wybranej przez osobę ze szczególnymi potrzebami
- ☐ przekazanie Placówce informacji niezbędnych do przygotowania odpowiedniej formy wsparcia
- ☐ uzgodnienie z personelem sposobu zapewnienia wsparcia organizacyjnego
- ☐ uzgodnienie sposobu komunikacji z pacjentem
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie pomocy w wejściu do Placówki lub poruszaniu się po niej
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie pomocy w dotarciu do rejestracji lub gabinetu
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie skorzystania z pętli indukcyjnej
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie skorzystania z interkomu
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie stosowania komunikacji pisemnej
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie stosowania komunikacji alternatywnej lub wspomagającej AAC
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie odczytania dokumentów
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie korzystania z informacji w większej czcionce
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie korzystania z tekstu łatwego do czytania i rozumienia – ETR
- ☐ przekazanie informacji o korzystaniu z psa asystującego
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie dodatkowego czasu na komunikację
- ☐ przekazanie informacji o potrzebie ograniczenia bodźców
- ☐ uzgodnienie rozwiązania alternatywnego w przypadku braku możliwości zastosowania pierwotnie wskazanej formy wsparcia

☐ odbiór informacji organizacyjnych związanych z realizacją zgłoszonej szczególnej potrzeby

☐ inne czynności związane z zapewnieniem dostępności:

.....

.....

4. Zakres wyłączeń

Niniejsze upoważnienie nie obejmuje uprawnień do:

- uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta,
- uzyskiwania informacji o rozpoznaniu, rokowaniu lub leczeniu,
- dostępu do dokumentacji medycznej,
- odbioru dokumentacji medycznej,
- wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- odmowy zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- podejmowania decyzji medycznych w imieniu pacjenta,
- składania oświadczeń dotyczących leczenia,
- odbioru wyników badań zawierających informacje o stanie zdrowia, jeżeli wymagane jest odrębne upoważnienie,
- reprezentowania pacjenta w innych sprawach niezwiązanych z zapewnieniem dostępności.

Do wykonywania powyższych czynności wymagane są odpowiednie uprawnienia lub odrębne upoważnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami obowiązującymi w Placówce.

5. Zakres przekazywanych informacji

Osoba upoważniona przekazuje Placówce wyłącznie informacje potrzebne do zorganizowania odpowiedniego wsparcia.

W szczególności przekazywane informacje dotyczą:

- sposobu poruszania się pacjenta,
- sposobu komunikacji,
- potrzeby pomocy pracownika,
- potrzeby korzystania z urządzeń wspomagających komunikację,
- potrzeby korzystania z osoby towarzyszącej,
- potrzeby odczytania lub dostosowania dokumentów,
- potrzeby ograniczenia bodźców,
- potrzeby dodatkowego czasu,
- innych potrzeb funkcjonalnych związanych z korzystaniem ze świadczenia.

Nie przekazuje się szczegółowych informacji medycznych, jeżeli nie są one konieczne do zapewnienia dostępności.



6. Sposób kontaktu z osobą upoważnioną

W sprawach związanych z realizacją niniejszego upoważnienia Placówka kontaktuje się z osobą upoważnioną:

☐ telefonicznie

☐ SMS-em

☐ pocztą elektroniczną

☐ osobiście

☐ w inny sposób:

.....

7. Okres obowiązywania upoważnienia

Upoważnienie:

☐ obowiązuje jednorazowo – w odniesieniu do wizyty / świadczenia w dniu:

.....

☐ obowiązuje w okresie:

od

do

☐ obowiązuje do odwołania

☐ obowiązuje w innym zakresie czasowym:

.....

8. Odwołanie upoważnienia

Pacjent ma prawo odwołać niniejsze upoważnienie w każdym czasie.

Odwołanie jest skuteczne od chwili przekazania informacji Placówce.

Odwołanie może zostać dokonane:

- osobiście,
- pisemnie,
- elektronicznie,
- w innej formie umożliwiającej jednoznaczne ustalenie woli pacjenta.

9. Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że:

1. udzielam niniejszego upoważnienia dobrowolnie;
2. zapoznałem/am się z jego zakresem;
3. wiem, że upoważnienie dotyczy wyłącznie czynności związanych z zapewnieniem dostępności i zgłaszaniem szczególnych potrzeb;
4. wiem, że nie obejmuje ono automatycznie dostępu do informacji o stanie zdrowia, dokumentacji medycznej ani podejmowania decyzji medycznych;
5. wiem, że mogę odwołać upoważnienie w każdym czasie.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis pacjenta / osoby uprawnionej do udzielenia upoważnienia:

.....

10. Oświadczenie osoby upoważnionej

Oświadczam, że przyjmuję upoważnienie i zobowiązuję się działać wyłącznie w zakresie wskazanym w niniejszym dokumencie.

Imię i nazwisko:

.....

Data:

.....

Podpis osoby upoważnionej:

.....

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ PLACÓWKĘ

11. Przyjęcie upoważnienia

Data przyjęcia:

.....

Sposób przyjęcia:

- ☐ osobiście
- ☐ elektronicznie
- ☐ w wersji papierowej

☐ wraz z Formularzem zgłoszenia szczególnych potrzeb

☐ wraz z Wnioskiem o zapewnienie komunikacji

☐ inny:

.....

Imię i nazwisko pracownika przyjmującego dokument:

.....

Stanowisko:

.....

12. Weryfikacja zakresu upoważnienia

☐ upoważnienie obejmuje czynności wskazane w zgłoszeniu

☐ zakres wymaga doprecyzowania

☐ upoważnienie wygaśło

☐ upoważnienie zostało odwołane

Uwagi:

.....

.....

13. Powiązanie z dokumentacją dotyczącą dostępności

Upoważnienie powiązane z:

☐ Formularzem / Ankietą zgłoszenia szczególnych potrzeb

☐ Wnioskiem o zapewnienie komunikacji

☐ Rejestrem zgłoszeń szczególnych potrzeb

☐ Rejestrem wniosków o zapewnienie dostępności

☐ inną dokumentacją:

.....

14. Zakończenie obowiązywania upoważnienia

Data wygaśnięcia / odwołania:

.....

Podstawa zakończenia:

- ☐ wykonanie jednorazowej czynności
- ☐ upływ wskazanego okresu
- ☐ odwołanie przez pacjenta
- ☐ inna:

.....

Podpis pracownika:

.....

INFORMACJA KOŃCOWA

Upoważnienie służy wyłącznie organizacji dostępności i wsparcia osoby ze szczególnymi potrzebami.

Nie zastępuje dokumentów wymaganych do:

- udostępnienia informacji o stanie zdrowia,
- udostępnienia dokumentacji medycznej,
- wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne,
- reprezentowania pacjenta w sprawach medycznych lub prawnych.