

Mbiemri:

Emri:

Datëlindja:

DEKLARATA E MIRATIMIT

Informacion për mbrojtjen e të dhënave dhe deklarata e miratimit

Të dhënat tuaja mjekësore janë mbrojtur përmes Ligjit për mbrojtjen e të dhënave. Pranë Institutit Radiologjik Mjekësor (MRI) lidhur me këtë kryesisht bëhet fjalë për imazhe dhe raporte për këto imazhe. Për një vlerësim sa më të saktë të imazheve tuaja shpesh duhet të porosisim analiza paraprake. Gjithashtu mund të ndodhë, që mjekët, të cilët e kryejnë trajtimin mjekësor të mëtejshëm, dhe spitalet na pyesin në rast nevojë për të dhënat tuaja. Prandaj duam t'ju lutemi, që ta plotësoni dhe të nënshkruani deklaratën e mëposhtme.

- Unë vërtetoj, që MRI-ja deri në revokimin tim lejohet të porosisë analiza paraprake dhe raporte për mua si dhe t'ua transmetojë analizat dhe raportet e mia mjekëve/mjekëve, që kryejnë trajtimin tim mjekësor të mëtejshëm, dhe spitaleve, nëse ata i porosisin këto.
- Unë jap miratimin tim, që të dhënat e nevojshme për vlerësimin e obligimit të pagesës dhe për përpilimin e faturës t'ia transmetohen institucionit të arkës së shëndetësisë / sigurimit tim.
- Unë jap miratimin tim, që unë vetë do t'i paguaj kostot e mundshme, të cilat nuk mbulohen nga institucioni arka e shëndetësisë / sigurimi im.
- Trajtimi mjekësor, kontratat dhe të gjitha marrëdhëniet juridike midis pacientit, mjekut dhe MRI-së i nënshtrohen vetëm legjislacionit material zviceran duke i përjashtuar të gjitha normat kontradiktore të mundshme. Vendi gjyqësor i vetëm është Gjykata e rregullt në Cyrih.

Vendi, data:

Nënshkrimi i pacientes/
pacientit:

Miratim për shfrytëzimin e të dhënave shëndetësore të personit për qëllimet e hulumtimit shkencor

Hulumtimi shkencor jep një kontribut të rëndësishëm për përmirësimin e cilësisë mjekësore dhe kështu për trajtimin mjekësor në të ardhmen. Me anë të nënshkrimit tim:

- jap miratimin tim, që të dhënat shëndetësore të personit tim, të cilat burojnë nga një trajtim mjekësor ose ekzistojnë nga ndonjë burim tjetër, mund të shfrytëzohen për qëllimet e hulumtimit shkencor në formë të pashifruar dhe duke e aplikuar rreptësisht ruajtjen e sekretit;
- marr dijeni për faktin, që miratimi im është vullnetar dhe që unë pa dhënë ndonjë arsytim mund ta refuzoja atë ose në çdo kohë mund ta revokoj atë;
- marr dijeni për faktin, që të dhënat e mia personale mbrohen me anë të masave sipërmarrëse dhe organizatore, kështu që të dhënat e mia të jenë të arritshme vetëm për persona të autorizuar;
- marr dijeni për faktin, që unë kam të drejtë të informohem rreth rezultateve, të cilat cenojnë shëndetin tim: (ju lutemi të vëni kryq)
 - po, dua të informohem rreth rezultateve
 - jo, nuk dua të informohem rreth rezultateve
 - vendimin, nëse informohem rreth rezultateve, e lë në dorë të _____ (emërtimi i saktë i personit të zgjedhur nga ju)

Ruajtja e sekretit: Të gjithë personat, që merren në ndonjë mënyrë me të dhënat tuaja personale, rreptësisht e ruajnë sekretin.

- Unë e refuzoj shfrytëzimin e mëtejshëm të të dhënave të mia për qëllimet e hulumtimit shkencor

Vendi, data:

Nënshkrimi i pacientes/
pacientit: