

Taastusravikliinik koduteenuste osakond

INFORMEERITUD NÕUSOLEKU VORM (koduhaigla teenus)

Patsiendi ees-ja perekonnanimi: _____

Isikukood: _____

Patsiendi esindaja/seaduslik esindaja: _____

Koduhaigla (*hospital at home*) teenus (edaspidi Teenus) on aktiivravi osutamine õe ja eriarsti poolt patsiendi kodus, seisundite puhul, mis muidu vajaksid statsionaarset aktiivravi haiglas.

Teenuse tutvustus:

- teenusega nõusolek on vabatahtlik;
- teenusele suunaja tutvustab Teile esmasena koduhaigla teenust;
- teenusega nõustumisel allkirjastate käesoleva informeeritud nõusolekuvormi;
- koduhaigla teenus on Teile tasuta;
- enne kodukülastust lepib õde Teiega kokku visiidi aja. Õde teostab raviprotseduure vastavalt arsti korraldusele;
- vajalikud vahendid, va retseptiravimid, toob õde ise kaasa;
- õde ja arst koostavad koos Teiega edasise raviplaani, kokku lepatakse visiitide aeg, sagedus ja teenuse sisu;
- eriarst konsulteerib Teid kaugvastuvõtul telesilla kaudu, mis toimub vajaduspõhiselt ca 2-3x nädalas. Õde konsulteerib teenuse arstiga igapäevaselt;
- telesild õe-arsti-patsiendi- ja/või lähedaste vahel rajatakse õe IT-vahenditega;
- teenus on ajaliselt piiratud, tervisliku seisundi stabiliseerumisel jääte perearsti jälgimisele;
- teenuse lõppedes saate arsti ja õe poolt juhised edasiseks.

Isikuandmete töötlemine

Koduhaigla teenuse raames töödeldakse Teie isikuandmeid, s.h. eriliigilisi isikuandmeid (näiteks terviseandmeid) Teenuse osutamise eesmärgil. Isikuandmete vastutav töötleja on SA Viljandi Haigla, registrikood 90004585, aadress C. R. Jakobsoni 2a Viljandi linn 71013, Telef: +372 434 3043, E-post viljandihaiгла[at]viljandihaiгла.ee. Vastutav töötleja tagab, et isikuandmete töötlemine toimub vaid ulatuses, mis on vajalik Teenuse osutamiseks. Vastutav töötleja töötleb isikuandmeid kooskõlas kehtivate õigusnormidega. Teenuse väliselt väljastatakse isikuandmeid kolmandatele isikutele ainult seadusest tulenevate kohustuste täitmiseks.

Teenuse osutamisel võivad Teenuse osutajad saada ja/või edastada Teie andmeid asjakohases mahus järgnevatelt Teenuse osutamisega seotud isikutelt:

- tervishoiuteenuste osutajad;
- kohalik omavalitsus;
- lähedane/esindaja;
- täiendavad osapooled, kes on kokku lepitud ja kirjas tegevuskavas.

Olen teadlik, et Teenusest või selle osadest on õigus igal hetkel loobuda selgitusi andmata. Teenusega mitte liitumine või hilisem loobumine ei mõjuta võimalust saada tavapärasest Haigekassa poolt rahastatavat plaanilist või erakorralist meditsiiniabi haiglas ega kohaliku omavalitsuse poolt pakutavaid teenuseid.

- Olen teadlik, et Teenuse osutajal on õigus põhjendatud asjaoludel Teenuse osutamisest loobuda.
- Olen teadlik Teenuse olemusest, eesmärkidest ja selle käigus koostatavatest dokumentidest ning annan nõusoleku teenuse saamiseks.
- Olen nõus, et Haigla võib analüüsida Teenuse osutamise käigus minu isikuandmeid, s.h. eriliigilisi isikuandmeid (näiteks terviseandmeid) Teenuse kvaliteedi tagamise ja tulemuste hindamise eesmärgil. Haigla võib Teenuse osutamise käigus kogutud andmeid isikustamata kujul edastada kolmandatele isikutele täiendavaks analüüsiks. Haigla võib analüüsi käigus saadud tulemusi isikustamata kujul ette kanda koosolekutel, konverentsidel või avaldada neid teaduslikes ajakirjades.

Patsiendi allkiri.....

kuupäev.....

.....
(vajadusel) esindaja/seadusliku esindaja nimi ja allkiri

Õe nimi ja allkiri.....