

VORM

**JUHITUD TERVISETEEKOND TERVIKTEEKONNA (PAIK)
TEENUSEGA LIITUMISE INFORMEERITUD NÕUSOLEKU VORM**.....
(ees- ja perekonnanimi).....
(isikukood).....
(esindaja/seaduslik esindaja).....
(e-posti aadress)

Tervikteekonna (PAIK) teenus (edaspidi nimetatud ka *teenus*) on SA Viljandi Haigla (edaspidi *haigla*) poolt osutatav koordineerimisteenus krooniliste haigustega patsientidele, kes lisaks ravijuhtimisele vajavad ka sotsiaalset toetust.

Teenuse eesmärgid on:

- **elukvaliteedi parandamine ja hoidmine;**
- **ravi järjepidevuse hoidmine;**
- **parem toimetulek kroonilise haigusega;**
- **vajadusi, ootusi ja eesmäärke arvestav teenuseosutamine;**
- **haiglaravile sattumise riski vähendamine.**

Teenuse tutvustus:

- teenusega liitumine on vabatahtlik ja soovi korral võib teenusest igal ajal loobuda kinnitades nõusoleku tagasivõtmist kirjalikult käesoleval vormil lõikes „Nõusoleku tagasivõtmine“;
- teenuse koordinaator ehk **tervisejuht** tutvustab Teile Teenust ning koos selgitate välja Teenuse sobivuse Teie vajadustele;
- osalemisega nõustumisel tuleb Teil allkirjastada käesolev informeeritud nõusolekuvorm kahes eksemplaris, millest üks jääb Teile ja teine haiglale;
- tervisejuht kogub kokku teenuse osutamiseks vajaliku info ning seejärel arutab ta kogutud info ja kavandatud tegevused Teiega põhjalikult läbi;
- vastavalt kavandatule loob tervisejuht Teiega nõu pidades spetsialistide tugivõrgustiku, et saaksime pakkuda Teile parimat terviseabi ja vajadusel sotsiaalteenuste toetust. Tugivõrgustikku võivad kuuluda Teie lähedased, perearst, pereõde, raviarst, sotsiaaltöötaja, koduõde, füsioterapeut ja teised Teie tervise jaoks olulised spetsialistid;
- arvestades ja toetades Teie enda eesmäärke, lepatakse koostöös tegevusjuhiga kokku tegevuskava, Teie tervise taastamiseks, hoidmiseks ja parimaks toetamiseks;
- tegevuskava edastatakse Teile esimesel võimalusel, kas paber kandjal või digitaalselt;
- tegevuskava täitmist jälgib ja hindab regulaarselt tervisejuht, kellega koos saate vajadusel oma tegevuskava muuta;
- tegevuskava mittetoimimisel või uute probleemide tekkimisel võtke ühendust oma tervisejuhiga;
- teenuse raames osutatavad tervishoiuteenused, sh eriarstide visiidid, perearstiabi jne ei erine tavapäraest haigekassa poolt rahastatud tervishoiuteenustest ja nendega võivad kaasneda teenuste spetsiifikast sõltuvad riskid. Ravimite ja tervishoiuteenustega seotud riskide informeerimise kohustus jääb jätkuvalt igale tervishoiuteenust osutavale spetsialistile. Kohaliku omavalitsuse poolt osutatavaid sotsiaalteenuseid osutatakse vastavad kohaliku omavalitsuse võimalustele ja nende teenuste osutamine jääb kohaliku omavalitsuse vastutada. Kolmandate osapoolte (nt apteek, kiirabi) poolt osutatavate teenuste eest vastutavad ise kolmandad osapooled.
- teenusel osalemine on Teile tasuta. Teenuse raames kokkulepitud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste puhul kehtivad tavapärased õigusaktidega kehtestatud või tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajate poolt teenustele kehtestatud tingimused ja hinnad (nt omaosalustasud).

Isikuandmete töötlemine

Teenuse raames töödeldakse Teie isikuandmeid, sh eriliigilisi isikuandmeid (näiteks terviseandmeid) teenuse osutamise eesmärgil. Isikuandmete vastutav töötaja on Sihtasutus Viljandi Haigla, registrikood 90004585, aadress Pärna tee 3, Jämejala küla, Viljandi vald, 71024 Viljandimaa, e-post vmh@vmh.ee, telefon 435 2022. Vastutav töötaja tagab, et isikuandmete töötlemine toimub vaid ulatuses, mis on vajalik Teile teenuse osutamiseks. Vastutav töötaja töötleb isikuandmeid kooskõlas kehtivate õigusnormidega. Teenuse väliselt väljastatakse isikuandmeid kolmandatele isikutele ainult seadusest tulenevate kohustuste täitmiseks.

Teenuse osutamisel võivad võrgustiku liikmed saada ja/või edastada Teie andmeid kokkulepitud asjakohases mahus järgnevatel(e)t teenuse osutamise seotud isikutel(e)t:

- 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 tavapäraselt Eesti 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, sh eriliigilisi isikuandmeid (nt 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.

Käesolevaga annan nõusoleku liitumiseks Tervikteekonnaga (PAIK).

Patsiendi allkiri: _____ kuupäev: _____

(vajadusel) esindaja/seadusliku esindaja nimi ja allkiri

Teenuse koordinaatori nimi ja allkiri: _____

Nõusoleku tagasivõtmine:

Käesoleva võtan tagasi minu poolt _____ antud nõusoleku tervikteekonna
(nõusoleku andmise kuupäev)

(PAIK) osutamiseks ja kinnitan, et olen teadlik selle mitteosutamise võimalikest tagajärgedest.

_____/_____/_____ : _____
(päev/kuu/aasta) (tund: minutid) (patsiendi/patsiendi esindaja allkiri)

Teenuse osutaja kinnitus patsiendi nõusoleku tagasivõtmise kohta

Tõendan, et olen teavitanud patsienti / tema esindajat teenuse mitteosutamise võimalikest tagajärgedest ning patsiendilt teenuse nõusoleku tagasivõtmise saamist.

_____/_____/_____ : _____
(päev/kuu/aasta) (tund: minutid) (ees- ja perekonnanimi, allkiri)