

VORM

INSULDIPATSIENDI INFORMEERITUD NÕUSOLEKU VORM

.....
(ees- ja perekonnanimi)

.....
(isikukood)

.....
(e-posti aadress)

.....
(esindaja/seaduslik esindaja)

Viljandi **insuldipatsiendi raviteekonda koordineeriva teenusega** (edaspidi *Teenus*) on võimalik liituda kõigil alates 01.09.2020 insuldi saanud SAsse Viljandi Haigla (edaspidi *Haigla*) hospitaliseeritud patsientidel. Patsiendi terviklikku raviteekonda ja kokkupanud tegevuskava koordineeritakse 1 aasta jooksul teenuse koordinaatori poolt.

Teenuse eesmärgid:

- **insuldi patsientide raviteekonna koordineerimine ja raviks vajalike teenuste kättesaadavuse tagamine;**
- **insuldi tervisemõjudega toimetuleku toetamine;**
- **ravi järjepidevuse hoidmine;**
- **vajadusi, ootusi ja eesmäärke arvestav teenuse osutamine;**
- **insuldipatsiendi raviteekonna kaardistamine Haiglas.**

Teenuse tutvustus

- Teenusega on võimalik liituda patsientidel insuldi diagnoosimise järgselt.
- **Osakonna õendusjuht** tutvustab Teile või Teie kontaktisikule Teenuse sisu.
- Teenusega nõustumisel allkirjastate käesoleva informeeritud nõusolekuvormi kahes eksemplaris, millest üks jääb Teile.
- Kui Te ise ei saa nõusolekuvormi allkirjastada, siis võite anda suulise nõusoleku raviarstile või annab Teie kontaktisik allkirja nõusolekuvormile.
- Ravimeeskond arutab Teie või Teie lähedasega Teenust puudutava info ja kavandatud tegevused läbi.
- Võrgustikuliikmete vahel info jagamiseks ja tegevuskava hoidmiseks kasutatakse Viljandi maakonna teenuseosutajate ühist terviseinfo IT platvormi Teleskoop.
- Tegevuskava koostamisel arvestatakse ning teenuse osutamisel toetatakse Teie enda tervisega seatud eesmärgid. Tegevuskava edastatakse Teile esimesel võimalusel paber kandjal või digitaalselt.
- Teenuse raames osutatavad tervishoiuteenused, sh eriarstide visiidid, perearstiabi jne ei erine tavapärasest Eesti Haigekassa (edaspidi *Haigekassa*) poolt rahastatud tervishoiuteenustest ja nendega võivad kaasna teenuste spetsiifikast sõltuvad riskid. Ravimitest ja tervishoiuteenuste riskidest informeerimise kohustus jääb jätkuvalt igale teenust osutavale tervishoiu spetsialistile.
Kohalike omavalitsuste poolt osutatavad sotsiaalteenused jäävad jätkuvalt vastama kohalike omavalitsuste võimalustele ja vastutusele.

Kolmandate osapoolte (nt apteek, kiirabi) poolt osutatavate teenuste eest vastutavad osapooled ise.

- **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 töötleja 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 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 Teid abistavad võrgustiku liikmed saada ja/või edastada Teie andmeid kokkulepitud asjakohases mahus järgnevatelt Teenuse osutamisega seotud isikutelt:

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

Olen nõus, et Haigla võib analüüsida Teenuse osutamise käigus minu isikuandmeid, sh 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.

Olen teadlik Teenuse olemusest, eesmärkidest ja selle käigus koostatavatest dokumentidest ning annan nõusoleku teenuse saamiseks.

Olen teadlik, et Teenusest või selle osadest on õigus igal hetkel loobuda selgitusi andmata. Loobumiseks on vaja esitada paber kandjal või digitaalsel kujul avaldus. Teenusega mitte liitumine või hilisem loobumine ei mõjuta võimalust saada tavapärast 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.

Patsiendi allkiri.....

kuupäev.....

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

Kliiniku õendusjuhi/vanemõe ees- ja perekonnanimi ja allkiri.....