

Έντυπο Μη Συμμετοχής – Ενήλικοι, Γονέας/Κηδεμόνας ή Υπεύθυνο Άτομο

Δήλωση ενηλίκων, γονέα/κηδεμόνα (εκ μέρους παιδιού ή ανηλίκου) ή υπεύθυνου ατόμου (εκ μέρους ατόμου που δεν είναι σε θέση ή δεν είναι ικανό να δώσει τη συγκατάθεσή του)

Υπογράψω αυτό το έντυπο για να μη συμμετάσχω στο πρόγραμμα MedicineInsight. Όταν υπογράψω το έντυπο, αποδέχομαι τα ακόλουθα:

- Έχω διαβάσει το Πληροφοριακό Φυλλάδιο ή κάποιος μού το έχει διαβάσει σε γλώσσα που καταλαβαίνω. Μεταφρασμένα αντίτυπα του Πληροφοριακού Φυλλαδίου διατίθενται επίσης στη διεύθυνση: <https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- Είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις σχετικά με το MedicineInsight. Το ιατρείο μού εξήγησε το πρόγραμμα και οι ερωτήσεις μου έχουν απαντηθεί.
- Κατανόω ότι το ιατρείο θα σταματήσει να κοινοποιεί στο MedicineInsight τις πληροφορίες μου ή πληροφορίες που σχετίζονται με το άτομο για το οποίο υπογράφεται αυτό το έντυπο μη συμμετοχής και αναγνωρίζω ότι ενδέχεται να μην είναι δυνατή η απόσυρση πληροφοριών που έχουν συγκεντρωθεί μέχρι το χρονικό σημείο αυτής της επιλογής μη συμμετοχής.
- Κατανόω ότι η απόφαση να μη συμμετάσχω στο MedicineInsight δεν θα επηρεάσει την υγειονομική περίθαλψη που θα λάβω τώρα ή στο μέλλον εγώ ή το άτομο εκ μέρους του οποίου λαμβάνεται αυτή η απόφαση.

Σημειώστε αυτό το τετραγωνάκι αν θέλετε να μη συμμετάσχετε στο πρόγραμμα MedicineInsight:

Δεν θέλω να συμμετάσχω στο πρόγραμμα MedicineInsight

Σημειώστε αυτό το τετραγωνάκι αν συμπληρώνετε αυτό το έντυπο εκ μέρους κάποιου άλλου:

Συμπληρώνω αυτό το έντυπο εκ μέρους παιδιού/ανηλίκου ή ατόμου που δεν είναι σε θέση ή δεν είναι ικανό να δώσει τη συγκατάθεσή του.

Όνομα του ατόμου	
Όνομα γονέα/κηδεμόνα ή υπεύθυνου ατόμου. <i>*Αν υπογράφετε για τον εαυτό σας, αφήστε το κενό.</i>	
Διεύθυνση	
Ηλικία (σε έτη)	

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Επιστρέψτε αυτό το συμπληρωμένο έντυπο στον γενικό γιατρό σας ή στο γραφείο υποδοχής του ιατρείου.

*ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ

Έχω αφαιρέσει τον ασθενή από το εργαλείο συλλογής δεδομένων MedicineInsight

Έχω λάβει μέτρα για να διασφαλίσω ότι το εργαλείο MedicineInsight δεν συγκεντρώνει τις πληροφορίες που βρίσκονται στο ιατρικό αρχείο του ασθενούς.

Όνομα του υπεύθυνου που ενημέρωσε	
-----------------------------------	--

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____