

ZGODA NA LECZENIE MEDYCZNĄ MARIHUANĄ ORAZ PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego Medweed

Podmiot leczniczy: Medweed – WEKK Sp. z o.o., ul. Michała Kajki 10–12, 10-457 Olsztyn

NIP: 7393992515 REGON: 52713247500018 Nr księgi RPWDL: 000000271494

e-mail: info@medweed.pl tel.: 536 045 269 www.medweed.pl

I. ŚWIADOMA ZGODA NA TERAPIĘ MEDYCZNĄ MARIHUANĄ

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że lekarz prowadzący szczegółowo poinformował/a mnie o charakterze, potencjalnych korzyściach oraz ryzykach terapii z wykorzystaniem preparatów konopi (zawierających THC i/lub CBD).

1. Zostałem/am poinformowany/a, że preparaty z konopi stosowane w Polsce nie są lekami dopuszczonymi przez organy regulacyjne i są stosowane w trybie **off-label**, zgodnie z art. 37a ustawy Prawo farmaceutyczne.
2. Wiem, że skuteczność terapii może się różnić indywidualnie i nie jest gwarantowana.
3. Znam możliwe działania niepożądane, takie jak: senność, zaburzenia koncentracji, zawroty głowy, suchość w ustach, zwiększony apetyt, zaburzenia koordynacji, a także ryzyko uzależnienia psychicznego w przypadku produktów z wysokim stężeniem THC.
4. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych przeciwwskazaniach oraz interakcjach z innymi lekami i substancjami psychoaktywnymi.
5. Wiem, że mogę w każdej chwili zrezygnować z terapii bez podania przyczyny.
6. W czasie działania leku obowiązuje **bezwzględny zakaz prowadzenia pojazdów i obsługi maszyn**.

Potwierdzam, że miałem/am możliwość zadawania pytań lekarzowi i uzyskałem/am pełne, zrozumiałe odpowiedzi.

Wyrażam zgodę na prowadzenie terapii medyczną marihuaną oraz na prowadzenie dokumentacji związanej z jej przebiegiem.

II. OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ PACJENTA

- Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń lekarza.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o wszelkich działaniach niepożądanych.
- Zobowiązuję się do niewykorzystywania leku w celach innych niż lecznicze oraz do nieudostępniania go osobom trzecim.
- Zobowiązuję się do bezpiecznego przechowywania preparatów, w sposób uniemożliwiający dostęp osobom nieuprawnionym.
- Lekarz i placówka nie ponoszą odpowiedzialności za skutki wynikające z niestosowania się do zaleceń, samowolnego zwiększania dawek, łączenia z innymi substancjami psychoaktywnymi lub spożywania alkoholu lub interakcji lub interakcji z lekami których przyjmowanie nie zostało skonsultowane z lekarzem.
- Zostałem/am poinformowany/a, że placówka może odmówić kontynuacji terapii w przypadku nadużywania substancji psychoaktywnych lub podawania nieprawdziwych informacji medycznych.

III. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **WEKK Sp. z o.o.** (administrator danych), z siedzibą w Olsztynie, ul. Michała Kajki 10–12, NIP 7393992515, REGON 52713247500018.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: **wekk@medweed.pl**.

Dane obejmują: imię, nazwisko, adres, PESEL, płeć, datę urodzenia, dane kontaktowe, dokumentację medyczną i historię leczenia.

Dane przetwarzane są zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. h RODO oraz ustawą o prawach pacjenta – wyłącznie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji i spełnienia obowiązków prawnych placówki.

Mam świadomość, że:

- przysługuje mi prawo dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania i cofnięcia zgody,
- cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania,
- dane będą przechowywane przez okres wymagany prawem.

Dane mogą być przekazywane wyłącznie uprawnionym podmiotom współpracującym z Medweed (np. dostawcom systemów medycznych, laboratoriom, firmom księgowym) na podstawie umów powierzenia.

IV. ZGODA NA KONTAKT ELEKTRONICZNY

Wyrażam zgodę na kontakt z placówką Medweed drogą elektroniczną (e-mail, SMS, telefonicznie) w celach organizacyjnych, przypomnienia o wizytach i przekazania zaleceń medycznych. Zostałem/am poinformowany/a, że zgoda może być cofnięta w każdej chwili.

V. AKCEPTACJA REGULAMINU PLACÓWKI

Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem Organizacyjnym Podmiotu Leczniczego Medweed**, prowadzonego przez WEKK Sp. z o.o., wpisanego do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr 000000271494, i akceptuję jego postanowienia. Regulamin dostępny jest na stronie: <https://medweed.pl/regulamin/>.

VI. MONITORING WIZYJNY

Zostałem/am poinformowany/a, że w placówce może być stosowany monitoring (z wyłączeniem toalet) w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia. Nagrania przechowywane są maksymalnie 30 dni, chyba że stanowią dowód w postępowaniu.

VII. OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały. Miałem/am możliwość zadawania pytań i świadomie wyrażam zgodę na rozpoczęcie terapii medyczną marihuaną oraz przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z powyższymi zasadami.

Data: _____ **PESEL pacjenta:** _____

Podpis pacjenta lub opiekuna: _____

Podpis lekarza prowadzącego: _____