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 surowce farmaceutyczne z konopi stosowane w terapii medycznej marihuaną są przeznaczone do sporządzania leków recepturowych. Ze względu na specyfikę tych produktów nie istnieje jeden obowiązujący schemat leczenia, dawkowania ani katalog wskazań właściwy dla wszystkich pacjentów. Terapia ma charakter indywidualny, a decyzje dotyczące jej rozpoczęcia, kontynuacji, doboru preparatu, dawkowania oraz sposobu stosowania podejmuje lekarz po ocenie stanu zdrowia pacjenta, dostępnych danych medycznych oraz relacji potencjalnych korzyści do ryzyka.
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. Zostałem/am poinformowany/a, że preparaty zawierające THC mogą wpływać na sprawność psychomotoryczną, koncentrację i zdolność prowadzenia pojazdów. **Nie należy prowadzić pojazdów ani obsługiwać maszyn w okresie działania preparatu oraz w każdym przypadku, gdy jego stosowanie może wpływać na zdolność bezpiecznego wykonywania tych czynności.** Pacjent został poinformowany, że stosowanie produktu zgodnie z zaleceniem lekarza nie wyłącza odpowiedzialności wynikającej z przepisów dotyczących prowadzenia pojazdów.

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 może odmówić rozpoczęcia lub kontynuacji terapii, jeżeli w jego ocenie medycznej brak jest wskazań do leczenia, występują przeciwwskazania, terapia stwarza nieakceptowalne ryzyko dla pacjenta albo pacjent nie przestrzega zaleceń lub przekazuje informacje uniemożliwiające bezpieczne prowadzenie leczenia.Zostałem/am poinformowany/a, że placówka może odmówić kontynuacji terapii w przypadku nadużywania substancji psychoaktywnych lub podawania nieprawdziwych informacji medycznych.
- Pacjent zobowiązuje się przekazać lekarzowi pełne, prawdziwe i aktualne informacje dotyczące swojego stanu zdrowia, wcześniejszego i obecnego leczenia, przyjmowanych leków i innych substancji, hospitalizacji, chorób przewlekłych, zaburzeń psychicznych, uzależnień oraz innych okoliczności mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo terapii. Pacjent zobowiązuje się również niezwłocznie informować lekarza o istotnych zmianach w stanie zdrowia i przebiegu leczenia w innych placówkach.

III. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych pacjenta jest **WEKK Sp. z o.o.**, ul. Michała Kajki 10–12, 10-457 Olsztyn, NIP: 7393992515, REGON: 52713247500018, prowadząca podmiot leczniczy Medweed.

Kontakt w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych: **wekk@medweed.pl**.

Dane osobowe pacjenta, w tym dane dotyczące zdrowia, są przetwarzane w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, realizacji obowiązków prawnych placówki oraz zapewnienia ciągłości i bezpieczeństwa leczenia.

Podstawę przetwarzania stanowią w szczególności **art. 9 ust. 2 lit. h RODO** oraz **art. 6 ust. 1 lit. c RODO**, a także przepisy dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej.

Przetwarzane dane mogą obejmować w szczególności: dane identyfikacyjne i kontaktowe, numer PESEL, informacje o stanie zdrowia, wcześniejszym i aktualnym leczeniu, przyjmowanych lekach, wynikach badań, hospitalizacjach oraz inne dane zawarte w dokumentacji medycznej.

Dane będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa. Mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym na rzecz Medweed usługi niezbędne do prowadzenia działalności leczniczej, na podstawie odpowiednich umów i z zachowaniem wymaganych zabezpieczeń.

Pacjentowi przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania w przypadkach przewidzianych prawem oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych niezbędnych do udzielenia świadczenia zdrowotnego i prowadzenia dokumentacji medycznej jest wymagane przepisami prawa oraz konieczne do bezpiecznego prowadzenia leczenia.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

IV. ZGODA NA KONTAKT ELEKTRONICZNY

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie podanych przeze mnie danych kontaktowych (telefon, SMS, e-mail) do komunikacji związanej z organizacją i realizacją świadczeń zdrowotnych, w szczególności potwierdzania i przypominania o wizytach, przekazywania informacji organizacyjnych oraz, gdy jest to uzasadnione, informacji związanych z przebiegiem leczenia.
Zostałem/am poinformowany/a, że mogę w każdej chwili zrezygnować z określonej formy kontaktu.

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 powyższe informacje zostały mi przekazane w sposób dla mnie zrozumiały. Miałem/am możliwość zadawania pytań i uzyskania wyjaśnień. Świadomie wyrażam zgodę na rozpoczęcie i prowadzenie terapii medyczną marihuaną oraz potwierdzam zapoznanie się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych.

Data: _____ **PESEL pacjenta:** _____

Podpis pacjenta lub opiekuna: _____

Podpis lekarza prowadzącego: _____