

## Karta zgłoszenia pacjenta do programu stacjonarnego FAMILIA dla pacjentów z podwójną diagnozą

data wypełnienia: .....

### Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....tel.: .....

PESEL: .....

Ubezpieczenie zdrowotne NFZ TAK  NIE

Adres (zameldowania) z województwem: .....

**Jestem ubezwłasnowolniony** TAK  NIE

### Informacja o zgłaszającym (jeżeli inny niż pacjent):

Imię i nazwisko: .....tel. kontaktowy: .....

Kim jest dla pacjenta: .....

### Wstępne rozpoznanie:

Aktualnie przebywam w (szpital, dom, ośrodek)? .....

Chcę podjąć leczenie w oddziale terapii dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi (podwójna diagnoza) TAK  NIE

Jestem uzależniony od narkotyków TAK  NIE

Jeśli tak to jakie narkotyki zażywam/zażywałem i od kiedy ? .....

.....  
Jestem uzależniony od alkoholu TAK  NIE

Jestem uzależniony od hazardu TAK  NIE

Leczę się w Poradni Leczenia Uzależnień TAK  NIE

Poradni Zdrowia Psychicznego TAK  NIE

Leczę się/leczyłem się w oddziałach psychiatrycznych (ile razy, gdzie, kiedy)? .....

.....  
Leczę się/leczyłem się w ośrodkach rehabilitacyjnych (ile razy, gdzie, kiedy)? .....

.....  
Diagnoza psychiatryczna: .....

Obecnie biorę następujące leki zapisane przez lekarza psychiatrę .....

.....  
Leczę się na inne choroby .....

i w związku z tym zażywam następujące leki przepisane przez lekarza .....

.....  
inne uwagi istotne dla przebiegu terapii (w tym sytuacja prawna, komisje ZUS, MZON, itp.) .....

**Pełne informacje o obowiązującej procedurze przyjęcia na oddział znajdują się na naszej stronie internetowej [www.familia.org.pl](http://www.familia.org.pl)**

Kartę zgłoszeniową wraz ze **skierowaniem** oraz innymi dokumentami należy przesłać pocztą na adres: CZPiLU FAMILIA Sp. z o.o., ul. Dębowa 5 44-100 Gliwice. Lub na adres e-mail [czpilu@mp.pl](mailto:czpilu@mp.pl)

Imię nazwisko pacjenta:.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień FAMILIA Sp. z o.o.**, z siedzibą w: Gliwicach przy ul. Dębowej 5, zwanym dalej CZPiLU FAMILIA Sp. z o.o., e-mail - [czpilu@mp.pl](mailto:czpilu@mp.pl) tel. 32 2703757. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawach ochrony danych osobowych: kontakt - e-mail [czpilu.rod@gmail.com](mailto:czpilu.rod@gmail.com), tel.+48 32 2703758 wewn. 30.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez CZPiLU FAMILIA Sp. z o.o. w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym między innymi: diagnozy medycznej, leczenia, terapii, zapewnienia opieki zdrowotnej, oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej.
3. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów, w szczególności :
  - 1) ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,;
  - 2) ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
  - 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;
  - 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
  - 5) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informatyzacji w ochronie,
  - 6) przepisów wykonawczych do wyżej wymienionych ustaw.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, w tym udostępniane osobom i podmiotom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej., tj. poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG).
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.
8. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy wskazane w przepisach prawa w szczególności w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2017r. poz.1318 ze zm.).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z powyższą klauzulą Informacyjną.

.....  
Data, podpis pacjenta/ opiekuna prawnego