

Formularz Działu Kontynuacji Opieki Kompleksowej [Complex Continuing Care] /
 Skierowania na Oddział Rehabilitacji [Inpatient Rehab] - Intensywna Terapia [Acute Care]
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(POLISH)

SEKCJA 6: ZGODA NA WYJAWIENIE OSOBISTYCH INFORMACJI ZDROWOTNYCH
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

Do wypełnienia przez wszystkie osoby skierujące (Pracownika społecznego/Pracownika szpitalnego odpowiedzialnego za wypisy/Pracownika koordynującego leczenie) / **To be completed for all referrals** (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

Zgadzam się na to aby _____ ujawniła moje osobiste informacje zdrowotne w celu sporządzenia skierowania.
 (Nazwa ośrodka wyjawiającego informacje)
 (Name of facility disclosing information)

Ośrodki do których został skierowany pacjent / Organizations referred to:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baycrest | <input type="checkbox"/> Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Inne (proszę wyszczególnić)
Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> Trillium Health Centre | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> West Park Healthcare Centre | _____ |

Imię i nazwisko Pacjenta (drukiem) / Print Name of Patient: _____

Podpis Pacjenta/Osoby Upoważnionej / Signature of Patient/Substitute: _____

Imię i nazwisko Osoby Upoważnionej (drukiem) / Name of Substitute (Print name): _____

Pokrewieństwo z Pacjentem, jeśli podpisane przez Osobę Upoważnioną / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Tak, do otrzymania tej zgody był użyty tłumacz. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
 Nie było zapotrzebowania na tłumacza. / No interpreter was required.

Data (rok/miesiąc/dzień/ YYYY/MM/DD) / Date (YYYY/MM/DD): _____