

**БЛАНК –НАПРАВЛЕННЯ ССС- РЕАБІЛІТАЦІЯ ТЯЖКОХВОРИХ В СТАЦІОНАРІ
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/ССС REFERRAL FORM
(UKRAINIAN)**

**Розділ 6 : ЗГОДА НА РОЗКРИТТЯ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

**Заповнювати для всіх направлень (Соціального працівника/планувальника з виписування/Спеціаліста по справах хворого) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):**

Я погоджуюся, що _____ має право передавати мою особисту інформацію про стан здоров'я в направленні .
(Найменування організації, котра розкриває особисту інформацію про стан здоров'я)
(Name of facility disclosing information)

Організації куди посилають / Organizations referred to:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Бейкрест
Vaucress | <input type="checkbox"/> Лікарня «Маркам-Стоуфвіл»
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Лікарня «Торонто Іст Дженерал»
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> Уільям Ослер Хелт Центр
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Бриджпойнт Хелт
Bridgpoint Health | <input type="checkbox"/> Провіденс Хелт Кер
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Торонто Грейс Хелт Центр
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> Лікарня «Йорк Централ»
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Лікарня «Кредит Веллі»
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Руж Веллі Хелт Систем
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Торонто Ріхеб
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Інші (визначте)
Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> Холтон Хелт Кер Сервісиз
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Саутлейк Рідженел Хелт Центр
Southlake Regional Health | <input type="checkbox"/> Триліум Хелт Центр
Trillium Health Centre | _____ |
| <input type="checkbox"/> Лейкридж Хелт
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> "Сейнт Джоунс"- реабілітаційна
лікарня
St John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> Вест Парк Хелткер Центр
West Park Healthcare Centre | |

Ім'я та прізвище пацієнта (друкованими літерами) / Print Name of Patient: _____

Підпис пацієнта/ Того, хто його заміняє / Signature of Patient/Substitute: _____

Ім'я та прізвище того, хто заміняє (Друкованими літерами) / Name of Substitute (Print name): _____

Стосунки з пацієнтом, якщо підписується той, хто заміняє / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Так, під час отримання згоди користувалися послугами перекладача. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
- Ні, перекладача не потребували. / No interpreter was required.

Дата (рік/місяць/день) / Date (YYYY/MM/DD): _____