

Algemeen

هل يمكننا مشاركة بياناتك الطبية؟

Mogen wij uw medische gegevens delen? - Arabisch

منح موافقة على مشاركة بياناتك

Contactgegevens Alrijne Ziekenhuis

Alrijne Ziekenhuis Leiden
Houtlaan 55
2334 CK Leiden
071 517 8178

Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp
Simon Smitweg 1
2353 GA Leiderdorp
071 582 8282

Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn
Meteoorlaan 4
2402 WC Alphen aan den Rijn
0172 467 467

www.alrijne.nl

قام طبيبك المعالج وجميع مقدمي الرعاية المشتركين في علاجك في الراينه Alrijne بجمع بياناتك الطبية في ملف المريض الإلكتروني (EPD). يعتبر هذا الملف ضروريا لتوفير علاج ورعاية جيدين. إذا كان هناك مقدمو رعاية آخرون، فمن المهم أحيانا مشاركة بياناتك معهم. ولذلك فنحن بحاجة للحصول على موافقتك.

لتقديم أفضل رعاية ممكنة، تتعاون مستشفى Alrijne مع مقدمي رعاية في المنطقة مثل طبيب العائلة الخاص بك والرعاية المنزلية والمستشفيات الأخرى. للتمكن من تقديم هذه الرعاية، من المهم أن نتأكد نحن ومقدمي الرعاية الآخرين من الاطلاع على بياناتك الطبية المهمة. لذلك نطلب منك موافقتك لمشاركة بياناتك مع مقدمي الرعاية الآخرين الذين نتعاون معهم ولطلب بياناتك الطبية من المختبرات.

الموافقة

بواسطة موافقتك، يمكن لمقدم الرعاية الذي تخضع للعلاج لديه أن يطلع على بياناتك الطبية المهمة. إذا لم تمنح الموافقة، يحصل مقدم الرعاية الخاص بك فقط على المعلومات بخصوص الفحوصات التي يطلبها بنفسه. لا تشارك Alrijne البيانات الطبية إذا أشرت إلى أنك لا توافق على مشاركتها*.

ما هي البيانات التي نقوم بمشاركتها؟

نشارك بياناتك فقط إن كان ذلك ضروريا من أجل علاجك. يُسمح لمقدم الرعاية الاطلاع على هذه البيانات فقط إن كان مشتركا في علاجك. يمكن أن يتعلق الأمر هنا بجميع البيانات المهمة بالنسبة لعلاجك مثل:

- الحساسيات؛
- الأدوية؛
- الصور الطبية مثل: التصوير بالرنين المغناطيسي وصور الأشعة وتقريرها؛
- نتائج المختبر؛
- تقارير العلاج؛
- اسمك وعنوانك ومكان سكنك (بيانات NAW)؛
- رقم التسجيل الوطني الخاص بك (BSN).

نطلب منك منح موافقة من أجل:

- مشاركة بياناتك الطبية مع مقدمي رعاية آخرين الآن وفي المستقبل.
- طلب بياناتك الطبية من المختبرات ومقدمي الرعاية الآخرين.

مع من تشارك Alrijne بياناتك الطبية؟

إذا منحت موافقتك، يعني ذلك أنه يُسمح لمستشفى Alrijne بمشاركة بياناتك الطبية مع مقدمي الرعاية الموجودين على اللائحة التي تجدها على

الموقع: www.alrijne.nl/gegevensdelen

إذا منحت موافقتك، يعني ذلك أنه يُسمح لمستشفى Alrijne بمشاركة بياناتك الطبية مع مقدمي الرعاية الموجودين الآن وفي المستقبل على اللائحة.

للتوضيح أكثر، نعرض هنا المختبرات التالية بشكل خاص: من خلال هذه الموافقة، تصرح أيضا بمنح موافقة لـ AtalMedial وEurofins/Scal لكي يتمكن المختبر من تبادل بيانات الصور والفحوصات الأخرى مع مستشفى Alrijne.

الموافقة للأطفال

بالنسبة للأطفال حتى سن 12 سنة، يمنح الوالد(ة) (أو الوصي) الموافقة. يجب على الأطفال والشباب ما بين 12 و16 سنة منح الموافقة بأنفسهم لمشاركة البيانات بالتشاور مع ممثلهم القانوني. يكون الشاب منذ سن 16 سنة فأكبر مسؤولا بنفسه.

كيف أمنح الموافقة؟

- يمكنك منح الموافقة عن طريق تسجيل الدخول على الحساب عبر MijnAlrijne بواسطة DigiD الخاص بك.
 - يمكنك توقيع الاستمارة التي تصلك مع هذا المنشور وتسليمها لدى قسم تسجيل المرضى. يتم الاحتفاظ بالاستمارة في ملفك.
 - يمكنك منح موافقة شفوية لدى قسم تسجيل المرضى وتوقيع استمارة هناك. يتم الاحتفاظ بهذه الاستمارة في ملفك.
- يمكنك بنفس الطريقة سحب موافقتك في أي وقت تريد.

هل تريد المزيد من المعلومات؟ راجع الموقع www.alrijne.nl/gegevensdelen

*في الحالات الطارئة، ليس من الممكن دائمًا طلب موافقة المريض (أو ممثله) للاطلاع على بياناته الطبية. يمكن عندئذٍ للطبيب في بعض الحالات اقتراض أن المريض موافق. المصدر: اتحاد الأطباء KNMG.

استمارة موافقة

لاتاحة بياناتك الطبية

نعم، امنح موافقة لمستشفى الراينه Alrijne من أجل:

- مشاركة بياناتي الطبية مع مقدمي رعاية الآن وفي المستقبل؛
- طلب بياناتي الطبية من المختبرات ومقدمي الرعاية الآخرين؛

مثلما هو موضح في المنشور "هل يمكننا مشاركة بياناتك الطبية" الخاص بمستشفى الراينه.

لا، لا أمنح موافقة.

بياناتي (يملأ من قبل المريض)

اسم العائلة: ذكر أنثى

الحرف الأول (الأحرف الأولى):

العنوان:

الرمز البريدي ومكان السكن:

تاريخ الميلاد:_....._.....

رقم المريض:

التوقيع: التاريخ:

20....._....._.....

استمارة موافقة (للأطفال)

من أجل إتاحة البيانات الطبية

- الأطفال لغاية 12 سنة: تمنح كوالد أو وصي موافقة. لمنح موافقتك، يمكنك استخدام هذه الاستمارة.
- الأطفال البالغة أعمارهم من 12 إلى 16 سنة الذين يريدون منح موافقتهم: يوقع كل من الوالد\الوصي والطفل معا.
- يمنح الأطفال من 16 سنة موافقة بأنفسهم ويملأون استمارة خاصة بهم.

هل تريد منح الموافقة لأطفالك؟ املا بياناتهم عندئذ. لا تنسى وضع توقيعك أنت أيضا.

نعم، امنح موافقتي لمستشفى الراينه من أجل:

- مشاركة بياناتي الطبية\البيانات الطبية لطفلي مع مقدمي الرعاية في الوقت الحالي وفي المستقبل؛
 - طلب بياناتي الطبية\البيانات الطبية لطفلي من المختبرات ومقدمي الرعاية الآخرين؛
- مثلا هو موضح في المنشور "هل يمكننا مشاركة بياناتك الطبية" الخاص بمستشفى الراينه.

لا، لا أمنح موافقتي.

بيانات الطفل

اسم العائلة: ذكر أنثى

الحرف الأول (الأحرف الأولى):

العنوان:

الرمز البريدي ومكان السكن:

تاريخ الميلاد:_....._.....

رقم المريض:

توقيع الطفل:

.....

توقيع الوالد أو الوصي التاريخ:

20_....._....._.....