

בקשה להצטרפות והסכמה לקבלת שירותי רפואה מרחוק

הגדרה:

שירותי בריאות מרחוק (טלה/ בריאות/ טלה – רפואה / Telemedicine) הינו מפגש המתבצע באמצעים טכנולוגיים ובאמצעות תקשורת אלקטרונית, לצורך מתן שירותי בריאות בין מטופל למטפל מזוהים (להלן: "השירות"). אני הח"מ, מבקש להצטרף לשירות הנקוב לעיל ומסכים להיות מטופל בשירותי בריאות מרחוק המנוהלים במרכז הרפואי האקדמי ברזילי, ע"פ הקריטריונים שיקבעו על ידי הגורם המטפל.

ידוע לי כי:

1. בעת פנייתי לשירותי בריאות מרחוק זה, הנני נותן את הסכמתי המתמשכת כנדרש בחוק לטיפול, לרבות לביצוע התייעצויות מקצועיות והעברת המידע הרפואי למטפלים אחרים, כמקובל בארגון, הנותן שירותי בריאות ובהתאם לשיקולים הרפואיים והמקצועיים.
1. השירות המוצע כשירותי בריאות מרחוק כולל מתן יעוץ גנטי לאחר השלמת מסמכים רפואיים וע"פ שיקול דעת רפואי של הצוות המטפל.
2. אני מודע לכך שהמפגשים אינם מצולמים ואינם מוקלטים ע"י בית החולים ואני מתחייב שלא להקליט ולא לצלם את המפגש. תוכן המיפגש יתועד ברשומה הרפואית של המטופל בבית החולים כנדרש ע"פ חוק.
3. עלי להבטיח את פרטיות המיפגש ולמנוע אפשרות לחשיפת התוכן (הבטחת סביבה שקטה ופרטית)
4. עלי להבטיח כהורה/ אפטרופוס את פרטיותו של המיפגש עם הקטין, ולמנוע חשיפה של תכני המיפגש לאחרים בקרבת המטופל (בני משפחה לדוגמה)
5. העובדה כי שירותי הבריאות ניתן מרחוק, עשויה לעיתים להקשות על המטפל. לפיכך, במקרים מסוימים אופנה למפגש רפואי נוסף, לצורך השלמת הבדיקה הרפואית המתחייבת
6. השירות אינו ניתן למקרים דחופים. בכל מקרה של בעיה דחופה, מקרה חירום או מצב מצוקה (גופני ו/או נפשי) אני מבין כי עלי לפנות לקבלת טיפול רפואי מידי, למלר"ד של בית החולים או למוקד רפואי אחר, המספק שירותי רפואה דחופה.
7. קיימות מגבלות בשמירה על פרטיות וחיסיון רפואי, ואף ייתכנו אירועי כשל תקשורתי וניתוק פתאומי ביני לבין השירות. הנהלת השירות עושה ככל יכולתה לאבטח את המידע הנמסר על ידי. באחריותי הבלעדית, לדאוג לשמירת פרטיותי ביחס למידע הרפואי האישי, המופיע על הצג הדיגיטלי האישי שממנו מבוצעת שיחת השירות (לדוגמה: מסך המחשב, מסוף, טלפון וכדומה), העלול להיות חשוף לאנשים בסביבתי.
8. הפנייה לשירות באמצעות רשתות WIFI, ציבוריות ובאמצעות רשתות חברתיות, עשויה לגרום לשיתוף של המידע הרפואי עם אחרים. על מנת לצמצם סיכון, עליי להשתמש ברשת פרטית המוגנת בסיסמא חזקה, ותוכנת הגנה כגון: אנטי וירוס, וחומת אש (Firewall).
9. השירות יינתן רק בכפוף ולאחר העברת התחייבות (טופס 17) מקופות החולים
10. ידוע לי כי ניתנת לי האפשרות, לחזור בי מהסכמתי לקבלת שירותי רפואה מרחוק בכל זמן נתון.

שם פרטי ומשפחה				מס' תעודת זהות				תאריך			
כתובת מייל אישית (באותיות דפוס) לקבלת מייל מאובטח				טלפון נייד							
0	5	-									

חתימה: