

Za podrobnejše informacije o obdelavi osebnih podatkov obiščite spletno stran
<https://asugi.sanita.fvg.it/it/>. <https://asugi.sanita.fvg.it/it/>

Priimek _____ **ime** _____
rojen/a v _____ **dne** _____.

Dejavnost **jezikovno-kulturne mediacije** v zvezi s skupnim načrtovanjem oskrbe (PCC), ki jo izvaja:

Priimek _____ **ime** _____ **rojen/a v** _____
dne _____. **Osební dokument** _____ **izdan s strani** _____
dne _____.

Podpisani/a izjavljam, da sem prejel/a popolne, posodobljene in razumljive informacije o tem, da trpim za: _____

in da gre za:

- ☐ kronično in invalidno bolezen v razvoju
☐ bolezen, za katero je značilno neizogibno napredovanje z neugodno prognozo

Dne _____ je v _____ potekalo srečanje, namenjeno izvedbi skupnega načrtovanja zdravljenja (PCC). Med srečanjem sva se z zdravnikom dogovorila, kaj morajo zdravnik in zdravstvena ekipa upoštevati, če se znajdem v stanju, ko ne morem izraziti svoje privolitve ali sem nezmožen.

Na srečanju so z mojim soglasjem sodelovali naslednje osebe:

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____

kot: ☐ družinski član ☐ v partnerski zvezi ☐ sostanovalec ☐ zaupanja vredna oseba

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____

kot: ☐ družinski član ☐ v partnerski zvezi ☐ sostanovalec ☐ zaupanja vredna oseba

Podpisani/a sem bil/a obveščen/a o:

- možnemu razvoju obstoječe patologije: _____
- koliko je mogoče pričakovati v zvezi s kakovostjo življenja: _____
- možnosti kliničnega ukrepanja: _____
- možnost dostopa do in prejemanja paliativne oskrbe: _____
- možnost imenovanja pooblaščenca, ki me bo v primeru potrebe nadomeščal in zastopal v odnosih z zdravnikom in zdravstveno ustanovo

Skupni načrt zdravljenja (PCC), ki se lahko posodobi v primeru postopnega razvoja bolezni, predvideva, da:

Podpisani/a: _____

☐ nočem imenovati svojega pooblaščenca

☐ kot svojega skrbnika želim imenovati naslednjo osebo

Priimek _____ **ime** _____ **rojen/a v** _____

dne _____ . **Osebni dokument** _____ **izdan s strani** _____

dne _____ .

Telefonska številka: _____ **E-pošta:** _____

Podpisani potrjujem, da sem vsebino tega dokumenta dobro razumel, tudi v zvezi z vlogo in nalogami, dodeljenimi skrbniku, in da ta dokument natančno odraža mojo voljo in odločitve.

Kraj _____ **Datum** _____ **Podpis pacienta/ke** _____

Podpis pooblaščenca za sprejem imenovanja _____

Podpis jezikovno-kulturne mediatorke/mediatorja _____

Podpis zdravnika _____

V primeru, da podpis ni mogoč, se soglasje pacienta in morebitna navedba skrbnika pridobita:

☐ z videoposnetkom

☐ z uporabo naprav, ki omogočajo komunikacijo (označevanje)

☐ v prisotnosti 2 prič:

Podpisani/a ra _____ rojen/a v _____ dne _____.

Osebni dokument _____ izdan s strani _____ dne _____.

Podpis _____

Podpisani/a ra _____ rojen/a v _____ dne _____.

Osebni dokument _____ izdan s strani _____ dne _____.

Podpis _____

Kraj _____ **Datum** _____ **Podpis zdravnika** _____

POSODOBITEV SKUPNEGA NAČRTA ZDRAVLJENJA (PCC)

Skupno načrtovanje oskrbe (PCC) se posodobi na naslednji način: _____

Dejavnost **jezikovno-kulturne mediacije** v zvezi s skupnim načrtovanjem oskrbe (PCC), ki jo izvaja:

Priimek _____ **ime** _____ **rojen/a v** _____

dne _____ . **Osebni dokument** _____ **izdan s strani** _____

dne _____ .

Na srečanju so z mojim soglasjem sodelovali naslednje osebe:

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____

kot: ☐ družinski član ☐ v partnerski zvezi ☐ sostanovalec ☐ zaupanja vredna oseba

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____

kot: ☐ družinski član ☐ v partnerski zvezi ☐ sostanovalec ☐ zaupanja vredna oseba

Podpisani/a:

☐ nočem imenovati svojega pooblaščenca

☐ želim potrditi prej navedenega skrbnika

☐ želim kot svojega skrbnika navesti naslednjo osebo

Priimek _____ **ime** _____ **rojen/a v** _____

dne _____ . **Osebni dokument** _____ **izdan s strani** _____

dne _____ .

Telefonska številka: _____ **E-pošta:** _____

Podpisani potrjujem, da sem vsebino tega dokumenta dobro razumel, tudi v zvezi z vlogo in nalogami, dodeljenimi skrbniku, in da ta dokument natančno odraža mojo voljo in odločitve.

Kraj _____ **Datum** _____ **Podpis pacienta/ke** _____

Podpis pooblaščenca za sprejem imenovanja _____

Podpis jezikovno-kulturne mediatorja/ke _____

Podpis zdravnika _____

V primeru, da podpis ni mogoč, se soglasje pacienta in morebitna navedba skrbnika pridobita:

☐ z videoposnetkom.

☐ z uporabo naprav, ki omogočajo komunikacijo (označevanje)

☐ v prisotnosti 2 prič:

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____.

Osebni dokument _____ izdan s strani _____ dne _____.

Podpis _____

Podpisani/a _____ rojen/a v _____ dne _____.

Osebni dokument _____ izdan s strani _____ dne _____.

Podpis _____

Kraj _____ **Datum** _____ **Podpis zdravnika** _____

V primeru, da se zabeležijo osebni podatki tretjih oseb (na primer zastopnikov pacienta, prič), se ti obdelujejo v skladu z veljavno zakonodajo (Evropska uredba 2016/679 in D. Zakon 196/2003, prilagojen Uredbi z D. Zakon 101/2018) izključno za namene zaščite osebe, ki prejema pomoč.

Upravljevec podatkov PEC: asugi@certsanita.fvg.it Odgovorna oseba za varstvo podatkov (RPD/DPO): e-pošta: rpd@asugi.sanita.fvg.it