Informacje o przyjęciu do ośrodka:

Wyznaczanie terminu przyjęcia do Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku odbywa się telefonicznie bądź we wskazanych przypadkach osobiście.

Przyjęcie do WOTUW odbywa się na podstawie aktualnego skierowania wystawionego przez lekarza na druku ”Skierowanie do Szpitala Psychiatrycznego” o treści „Skierowanie do Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku”.

Leczenie w Ośrodku jest bezpłatne zarówno dla osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne oraz dla osób nieubezpieczonych.

Skierowanie ważne jest 14 dni od daty wystawienia. Wskazany okres ważności skierowania ulega przedłużeniu na czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Ważne informacje:

Zapisy do kolejki oczekujących odbywają się: od poniedziałku do piątku w godz.: 9.30 – 12.30

O kolejności przyjęć do Oddziału decyduje kolejność wpisu na listę oczekujących.

W wypadku, gdy zaistnieje możliwość wcześniejszego przyjęcia niż ustalono, Ośrodek powiadamia telefonicznie pacjenta z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.

Ośrodek przyjmuje również pacjentów zobowiązanych do leczenia mocą postanowienia sądu w warunkach stacjonarnych zgodnie z wyznaczonym terminem po wcześniejszej detoksykacji w szpitalu.

Pacjent w dniu przyjęcia powinien być w stabilnym stanie psycho-somoatycznym.

Warunkiem przyjęcia do WOTUW jest bezwzględny stan trzeźwości potwierdzony badaniem alkomatem (wynik 0,00 ‰) i negatywnymi testami na obecność leków z grupy benzodiazepin i narkotyków.

Pacjent zgłaszający się do WOTUW w Giżycku powinien posiadać :

• dowód osobisty lub inny dokument stwierdzający tożsamość,

• ważne skierowanie do szpitala,

• dokumentację medyczną z ostatnich hospitalizacji oraz w uzasadnionych przypadkach, po konsultacji z lekarzem aktualne wyniki badań laboratoryjnych (Morfologia, ASPAT i ALAT, poziom glukozy we krwi, mocz – badanie ogólne, EKG),

- osobisty numer NIP oraz NIP zakładu pracy w celu wystawienia zwolnienia lekarskiego

Warunkiem podjęcia terapii jest:

- Zachowywanie co najmniej 14 dniowej abstynencji od alkoholu, 1 miesiąc od leków uspokajających i nasennych oraz innych środków zmieniających świadomość i podpisanie regulaminu placówki.
- Pacjenci z objawami alkoholowego zespołu abstynencyjnego lub pod wpływem leków uspokajających i nasennych oraz innych środków zmieniających świadomość nie są przyjmowani do Oddziału.
- W przypadku podejrzeń o zażywanie innych środków psychoaktywnych mogą być przeprowadzone testy na zawartość określonej substancji w próbce moczu.

Czas pobytu w WOTUW jest wyznaczony przez realizowany program terapeutyczny i trwa do **8 tygodni**.

Niezbędnik Pacjenta:

• zeszyt formatu A4,
• długopis,
• przybory toaletowe,
• ubrania,
• obuwie na zmianę,
• piżama.

Proszę nie zabierać do WOTUW:

• laptopów,
• tabletów,
• gier,
• kart,
• sprzętu audio/video (mp3 i mp4),
• maszynek do gilz i tytoniu,
• artykułów spożywczych zawierających alkohol (np. słodycze itp.).

Formularz zgłoszeniowy
do Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia
od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku

1. Imię i nazwisko
   .....
2. PESEL
   .....
3. Adres – ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość
   .....
4. Telefon kontaktowy
   .....
5. Jakich substancji psychoaktywnych Pan/Pani nadużywa:
   - alkohol,
   - leki,
   - dopalacze,
   - marihuana,
   - narkotyki,
   - inne.....
6. Czy zauważa u siebie Pan/Pani występowanie poniższych zachowań:
   - hazard,
   - nadużywanie internetu,
   - telefon,
   - inne ….....
7. Czy i kiedy w związku z nadużywaniem w/w substancji lub czynności podejmował Pan/ podejmowała Pani próby leczenia w:
   - ośrodku stacjonarnym .....,
   - dziennym oddziale .....,
   - poradni leczenia uzależnień ….....
8. Czy i kiedy był Pan hospitalizowany/była Pani hospitalizowana w oddziale detoksykacyjnym?
   - tak ….....
   - nie ….....
9. Jaki okres abstynencji od podanej substancji ma Pan/Pani obecnie ?
   .....
10. Czy leczył się Pan/leczyła Pani w Poradni Zdrowia Psychicznego lub w Szpitalu Psychiatrycznym, jeśli tak to z jakiego powodu?
    .....
11. Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe, jeśli tak to proszę podać jakie?
    .....
12. Czy w związku z w/w chorobami przyjmuje Pan/Pani leki, jeżeli tak to proszę podać jakie?
    .....

Dziękujemy za wypełnienie formularza i prosimy o przesłanie go na adres WOTUW w Giżycku po wcześniejszym kontakcie telefonicznym z lekarzem ośrodka.
Po wstępnej weryfikacji skontaktujemy się z Panem/Panią telefonicznie na podany w formularzu nr telefonu.

Adres do korespondencji:
Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku
11-500 Giżycko ul. Warszawska 41a

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. J. Bema 24, 11-600 Węgorzewo, numer kontaktowy: 87 427-27-66, kancelariaa@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl.

1. Inspektorem ochrony danych jest Pani Monika Bark, e-mail: bark@togatus.pl
2. Państwa dane przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz w celu postawienia diagnozy i innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit h. RODO[1], w związku z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
3. Państwa dane w tym zakresie będą przekazywane jedynie podmiotom i organom upoważnionym na podstawie art. 26 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz podmiotom, z którymi Szpital zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych, w tym podmiotom obsługującym hosting systemów informatycznych, kancelarii prawnej zapewniającej usługę Inspektora Ochrony Danych oraz innym podmiotom, które współpracują ze Szpitalem w celu profesjonalnego wykonywania świadczenia zdrowotnego.
4. Państwa dane będą przetwarzane:

dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,

a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
b) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
c) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia,
d) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
   - 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
   - 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie.

5. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do usunięcia danych, o ile ograniczenia tych uprawnień nie wynikają z obowiązujących przepisów prawa
6. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku uznania iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r RODO.
7. Podanie danych jest niezbędne do przyjęcia pacjenta a ich niepodanie będzie skutkowało odmową przyjęcia.

Zapoznałem/am się

……
(data i podpis)

[1] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.).