



## Formularz rezygnacji z systemu Connecting your Care

Formularze niekompletne lub wypełnione nieprawidłowo nie będą rozpatrywane, dlatego przed przekazaniem formularza należy upewnić się, że podano w nim właściwe informacje.

### A. Wszystkie części należy wypełnić

**DRUKOWANYMI LITERAMI** Tytuł

.....

Nazwisko/Nazwisko rodowe .....

Imiona

.....

Adres

.....

...

..... Kod pocztowy

.....

Tel.: ..... Data urodzenia

.....

Numer NHS (o ile jest znany)

.....

Nazwa przychodni zdrowia

.....

Adres przychodni zdrowia .....

..... Kod

pocztowy .....

---

**B. Jeżeli niniejszy formularz przekazywany jest w imieniu innej osoby lub dziecka, należy podać ich dane w części A, a w części B dane osoby wypełniającej formularz.**

Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz

.....

Podpis osoby wypełniającej formularz

.....

Pokrewieństwo z pacjentem .....

Data .....

**C: Prosimy o wybranie jednego z poniższych oświadczeń:**

- Jestem osobą przedstawioną w części A
- Osoba przedstawiona w części A jest w wieku poniżej 16. lat, a ja jestem jej opiekunem prawnym/posiadam władzę rodzicielską
- Osoba przedstawiona w części A nie ma zdolności do udzielenia zgody, a ja posiadam stałe pełnomocnictwo, aby ją reprezentować

---

**D: Prosimy o zaznaczenie każdego z poniższych oświadczeń, jako potwierdzenie swojej zgody:**

- Rozumiem, że pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej nie będą mieć *dostępu* do informacji na mój temat w systemie przeglądu dokumentacji Connecting your Care, będą musieli uzyskać te informacje od innych usługodawców stosowanymi dotychczas metodami (telefonicznie/elektronicznie/faksem) nawet w sytuacjach wymagających nagłej pomocy.
- Potwierdzam zrozumienie konsekwencji wynikających z podjętej przeze mnie decyzji oraz dokładne przemyślenie jej następstw w odniesieniu do leczenia i opieki świadczonej mnie/osobie wymienionej w kwestionariuszu.

**Podpis:**

---

**E: Możemy skontaktować się z Panem/Panią w celu udzielenia odpowiedzi na pytania odnoszące się do udostępniania informacji dotyczących leczenia i opieki. Prosimy o zaznaczenie tego pola w razie wyrażenia zgody, aby członek naszego zespołu skontaktował się z Panem/Panią w celu omówienia dokonanego wyboru.**

Aby omówić dostępne opcje przed podjęciem decyzji o rezygnacji, prosimy o skontaktowanie się z nami pod numerem 0203 668 3100 lub adresem e-mail [connectingyourcare@swlondon.nhs.uk](mailto:connectingyourcare@swlondon.nhs.uk)

Pana/Pani wniosek powinien zostać rozpatrzony w ciągu 10 dni roboczych, ale pełen proces może zająć do 28 dni roboczych. Jeżeli do tego czasu nie otrzyma Pan/Pani pisma z potwierdzeniem, prosimy o skontaktowanie się z nami:

Elektronicznie:

[connectingyourcare@swlondon.nhs.uk](mailto:connectingyourcare@swlondon.nhs.uk) Pod

numerem telefonu: 0203 668 3100

Poczta Freepost SWL CONNECTING YOUR CARE