Wheeler | COMMUNITY | HEALTH | CARE

PRAWA PACJENTA/ KLIENTA/ UCZNIA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA

Wheeler nie wyklucza, nie traktuje inaczej, czy też nie dyskryminuje nikogo w sposób naruszający federalne prawa obywatelskie.

JAKO PACJENT/ KLIENT/ UCZEŃ KORZYSTAJĄCY Z USŁUG OŚRODKA WHEELER MAM PRAWO:

1. Do leczenia bez ograniczeń, limitowania czy odmowy ze względu na rasę, kolor skóry, wyznanie religijne, płeć, wiek, kraj pochodzenia, przodków, stan cywilny, orientację seksualną, tożsamość i ekspresję płciową czy legalne źródło dochodu a także bez niezgodnej z prawem dyskryminacji dotyczącej niepełnosprawności umysłowej czy fizycznej.
2. Do leczenia w sposób bezpieczny i sprawiedliwy z poszanowaniem mojej godności osobistej oraz prywatności w otoczeniu jak najmniej ograniczającym swobodę. Do zaangażowania w moją opiekę innej, wybranej przeze mnie osoby dla wsparcia.
3. Do aktywnego angażowania się w planowanie proponowanych mi usług oraz dokładnego zrozumienia, jaką w tych usługach będę odgrywał/a rolę ja i personel. Przed rozpoczęciem otrzymywania proponowanych usług, personel ośrodka poinformuje mnie o możliwych alternatywach a także korzyściach i wadach danych usług. Jeśli w ramach usług świadczonych mi przez Wheeler zostanę objęty/a zindywidualizowanym planem opieki, będzie on ze mną okresowo omawiany, będzie odzwierciedlał ustalone cele usług, nazwisko wyznaczonego mi pracownika(ów) a także opis rodzaju i częstotliwości świadczonych mi usług.
4. Do poszanowania mojej prywatności i przestrzegania w stosunku do mnie wszystkich takich przepisów. Mam prawo otrzymać z Wheeler Powiadomienie o Praktykach dotyczących Prywatności i Poufności, które będzie zawierało dokładne informacje na temat tego, w jaki sposób mogą być użyte i ujawnione informacje na mój temat uzyskane przez/przygotowane przez Wheeler raz w jaki sposób mogę uzyskać do nich dostęp. Powiadomienie to informuje również o tym, kiedy moje dane mogą być ujawnione bez mojej zgody. Rozumiem, że w zależności od typu usług, jakie otrzymam w Wheeler, mogą dotyczyć mnie inne prawa i przepisy o prywatności jak również mogą istnieć odmienne sposoby, w jakie Wheeler będzie wykorzystywał i ujawniał informacje na mój temat.
5. Do udzielenia pisemnej zgody, jeśli mam być nagrywany/a na taśmie dźwiękowej lub wideo lub jeśli mam być objęty/a badaniem naukowym chyba, że Komisja Bioetyczna (Review Board)/Komisja Badawcza (Research Committee) zatwierdzi uchylenie wymogu zgody.
6. Jeśli mam poniżej 18 lat, mam prawo do ubiegania się i uzyskania usług takich, jak terapia odwykowa dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków odurzających bez wiedzy czy pozwolenia rodziców lub opiekunów. Jeśli zaspokoję pewne warunki, mogę bez pozwolenia rodziców leczyć się ambulatoryjnie na chorobę psychiczną i mogę uzyskać możliwość zbadania/terapię na HIV/AIDs. Rozumiem także, że jeśli zaistnieje wymóg takich warunków, to mój świadczeniodawca będzie mi je mógł wytłumaczyć.
7. Do uzyskania informacji na temat wykształcenia i przeszkolenia zdobytego przez członków zespołu prowadzącego moją terapię/świadczącego mi usługi.
8. Do wyrażania uwag lub składania ustnych lub pisemnych zażaleń odnośnie jakości lub bezpieczeństwa terapii czy świadczonych usług. Gdybym nie był zadowolony z zasad postępowania kliniki, jej usług lub personelu, wiem, że mogę porozmawiać ze swoim świadczeniodawcą, z kierownikiem programu, czy zastępcą działu. Gdyby mi się wydawało, że organizacja nie zajęła się odpowiednio moimi zażaleniami, mogę zwrócić się do Joint Commission (jeśli otrzymuje ona usługi w ramach programu akredytowanego przez Joint Commission) z prośbą o rozwiązanie moich problemów lub do stosownej stanowej agencji wydającej pozwolenia. Jeśli jestem osobą dorosłą objętą programem finansowanym przez Departament Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień w Connecticut (CT Department of Mental Health & Addiction Services), i będę mieć pewne zastrzeżenia dotyczące niewłaściwego potraktowania moich praw przez tę organizację, to mam prawo złożyć skargę do Urzędnika ds. praw klientów kliniki (Wheeler's Client Rights Officer) dzwoniąc pod numer (860) 793-3199.
9. Do niewyrażenia zgody na otrzymywanie z Wheeler materiałów marketingowych i/lub materiałów dotyczących zbiórki funduszy, takich jak biuletyny, pisząc pod adres: Chief Business Development Officer, 91 Northwest Drive, Plainville, CT 06062.
10. Do uzyskania, na moją prośbę, bezpłatnej i szybkiej pomocy w zrozumieniu tego, co jest mi przekazywane, takiej jak pomocy ustnego tłumacza językowego, pomocy tłumacza pisemnego czy telefonu tekstowego dla osób niesłyszących (TTY). Jeśli będzie mi się wydawało, że nie uwzględniono moich potrzeb językowych czy komunikacyjnych, mam prawo wyrazić swoje niezadowolenie kierownictwu zespołu prowadzącego program, w którym uczestniczę. Mogę również skierować swoje zażalenia do urzędu praw człowieka Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, Government Center, J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875, Boston, MA 02203, Telefon głosowy (800) 368-1019, FAX (617) 565-3809, Telefon tekstowy (800) 537-7697.
11. Do uzyskania świadczeń zapewnianych przez Federal American with Disabilities Act (Ustawa federalna dot. Amerykanów z niepełnosprawnościami) Tytuł II i III oraz prawo stanu Connecticut. Dotyczy to, w razie potrzeby, możliwości wstępu do wszystkich placówek Wheeler ze zwierzęciem przewodnikiem, na zasadach regulowanych przez przepisy ADA. Po informacje na temat przepisów ADA, można dzwonić pod numer telefonu (800) 514-0301 lub numer dalekopisu TTY (800) 514-0383.

JAKO PACJENT /KLIENT/ UCZEŃ KORZYSTAJĄCY Z USŁUG WHEELER MAM OBOWIĄZEK:

1. Uczestniczyć w planowaniu usług/terapii oraz stosować się konsekwentnie do ustalonych zaleceń i czynności kształtujących odpowiedzialność za moje własne życie. Rozumiem, że jeśli świadomie nie będę wywiązywał się ze swoich obowiązków, Wheeler ma prawo zawiesić lub przerwać terapię lub świadczone mi usługi.
2. Przestrzegać stosownych przepisów wyznaczonego mi programu.
3. Odnosić się z szacunkiem do personelu a także innych pacjentów/klientów/uczniów czy odwiedzających. Nie będzie się tolerować pogróżek (słownych czy niewerbalnych) ani też agresywnego zachowania wobec innych osób lub rzeczy. Mogą one spowodować zawieszenie uczestnictwa pacjenta w programie lub rozwiązanie umowy dotyczącej jego terapii czy usług.
4. Na prośbę moich świadczeniodawców podać jak najdokładniej przebyte choroby i zażywane leki.
5. Powiadomić w miarę możliwości zespół świadczący mi usługi o ewentualnej opiece w szpitalu lub innej placówce, a także poinformować ten szpital/placówkę, że jestem pacjentem/klientem/uczniem Wheeler, abym mógł/mogła dać pisemną zgodę na podzielenie się moimi danymi w celach koordynacji opieki i planowania.
6. Uczestniczyć we wszystkich usługach lub z odpowiednim wyprzedzeniem powiadomić ośrodek o niemożności przyjścia.
7. Uczestniczyć we wszystkich usługach w warunkach wykluczających alkohol i/lub narkotyki i przestrzegać zakazu palenia w oznakowanych miejscach.
8. Nie przynosić do placówek Wheeler broni, alkoholu i/lub nielegalnych substancji.
9. Szanować prywatność innych pacjentów/klientów Wheeler.
10. Traktować z szacunkiem pomieszczenia ośrodka Wheeler i jego mienie i starać się ich nie niszczyć.
11. Pokrywać wszystkie stosowne dopłaty ubezpieczeniowe, koszty usług oraz zaległe płatności związane z otrzymywanymi przez mnie usługami.
12. Jeśli przyjdę na leczenie do Wheeler ze zwierzęciem przewodnikiem, na zasadach na jakie zezwalają na to przepisy ADA, rozumiem, że przez cały czas będę odpowiedzialny/odpowiedzialna za trzymanie zwierzęcia pod kontrolą i będę stosować się do wskazówek podanych w tych przepisach.

ZGODA NA LECZENIE I USŁUGI

1. Zgadzam się na uczestnictwo w usługach/leczeniu zgodnie z powyższymi prawami i obowiązkami. Takie leczenie lub usługi mogą obejmować ewaluacje, badania, leczenie zaburzeń psychicznych i/lub leczenie odwykowe dla osób uzależnionych od substancji, leczenie medyczne i usługi, usługi dentystyczne, usługi kryzysowe, usługi w środowisku domowym, zarządzanie poszczególnym przypadkiem, zarządzanie opieką, zarządzanie lekami, interwencje psychologiczno-szkoleniowe, usługi dla dzieci małych, usługi związane z systemem sprawiedliwości społecznej, znalezieniem miejsca i/lub edukacją. Do świadczonych mi usług należą również badania genetyczne, wyrywkowe badania moczu, oddechu lub próbki włosów.
2. Zgadzam się dobrowolnie na uczestnictwo w usługach/leczeniu ośrodka Wheeler i rozumiem, że mogę swoje uczestnictwo w tych dobrowolnie wybranych usługach/leczeniu w każdej chwili przerwać. Rozumiem, ze mam możliwość uzyskania opieki od innego świadczeniodawcy, możliwość uzyskania drugiej opinii oraz/lub opieki specjalistycznej. Jeśli jestem osobą niepełnoletnią (poniżej 18 lat), rozumiem, że osobą wyrażającą w moim imieniu zgodę na uczestnictwo w usługach/leczeniu będzie mój prawny opiekun, który ma również prawo w każdej chwili moje uczestnictwo w leczeniu wstrzymać.
3. Zgadzam się brać udział w 'telekonsultacjach' (zwanych również 'wirtualnymi wizytami'), jeżeli będą w moim przypadku stosowne. Wiem, że mogę odmówić korzystania z telemedycyny i w każdej chwili mogę całkowicie wycofać się z udziału w tych usługach.
4. Ponieważ ośrodek Wheeler ma zintegrowane podejście do opieki nas pacjentami, przywiązując taką samą wagę do zdrowia fizycznego, emocjonalnego jak i psychiczno-społecznego pacjenta, podpisana przez mnie zgoda dotyczy zatem wszystkich usług i świadczeniodawców w Wheeler. Mogę być jednak poproszony/a o udzielenie pisemnego upoważnienia przed uzyskaniem pewnych rodzajów leczenia czy usług medycznych.