

Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Έντυπο Συγκατάθεσης Παραχώρησης Προσωπικών Πληροφοριών και Δεδομένων

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

1. Εγώ ο/η _____ (Ονοματεπώνυμο)
, Α.Δ.Τ _____, δίνω την εξουσιοδότηση και τη συγκατάθεσή μου για **μεταβίβαση και ανταλλαγή** πληροφοριών που αφορούν το πλαίσιο του σκοπού της παραπομπής και συναινώ σε αυτή την παραπομπή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημίου Κύπρου. Ταυτόχρονα, αναγνωρίζω την υποχρέωση και την ευθύνη μου να ανταποκριθώ στην παροχή αυτών των υπηρεσιών από Ειδικούς Κλινικούς Ψυχολόγους/Ειδικευόμενους Κλινικούς Ψυχολόγους του Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Τηλ. Επικοινωνίας 22 892136).

- Η εξουσιοδότησή μου παρέχεται εθελοντικά, και τα ευαίσθητα προσωπικά μου δεδομένα προστατεύονται από τη σχετική νομοθεσία (Ν. 138(I)/2001).
- Διατηρώ το δικαίωμα να αποσύρω την εξουσιοδότησή μου ανά πάσα στιγμή, επικοινωνώντας με το/η θεραπευτή μου ή με προσωπικό του ΚΕ.Ψ.Υ.
- Διατηρώ επίσης το δικαίωμα να γνωρίζω τις συγκεκριμένες υπό ανταλλαγή πληροφορίες.

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

Κέντρο Ψυχικής Υγείας
**Έντυπο Συγκατάθεσης Ανταλλαγής/
Λήψης Προσωπικών Πληροφοριών και Δεδομένων**

Με το παρόν έντυπο δίνω την συγκατάθεση μου σε Ειδικό Κλινικό Ψυχολόγο / Ειδικευόμενο Κλινικό Ψυχολόγο (ΕΚΨ) του ΚΕΨΥ να επικοινωνήσει με τον/την _____ που είναι _____

(ειδικότητα/ιδιότητα ατόμου ή σχέση) για να του δώσει πληροφορίες για το άτομο μου και/ή να συζητήσει πληροφορίες που αφορούν τη θεραπεία/αξιολόγηση μου εάν κριθεί αναγκαίο.

Η παρούσα εξουσιοδότηση αφορά τη λήψη ή/και ανταλλαγή πληροφοριών από τον ΕΚΨ με άλλους ειδικούς που με έχουν παρακολουθήσει ή αξιολογήσει για σκοπούς καλύτερου συντονισμού της αξιολόγησης μου.

Έχω ενημερωθεί για το λόγο για τον οποίο χρειάζεται η επικοινωνία με το πιο πάνω άτομο και πώς αυτό θα χρησιμεύσει στη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών από το ΚΕΨΥ.

Επίσης, είμαι ενημερωμένος/η ότι η επικοινωνία μπορεί να γίνει καθ' όλη τη διάρκεια της λήψης υπηρεσιών από το ΚΕΨΥ και ανά πάσα στιγμή όποτε θεωρηθεί απαραίτητο.

Γνωρίζω ότι ανά πάσα στιγμή έχω το δικαίωμα να αποσύρω την συγκατάθεση αυτή. Εάν για οποιοδήποτε λόγο χρειαστεί να αποσύρω την συγκατάθεσή μου, θα πρέπει να επικοινωνήσω με το/η ΕΨΚ που με έχει αξιολογήσει και να του ζητήσω να ακυρωθεί η συγκατάθεση μου.

Όνοματεπώνυμο αιτητή/τριας:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: