**Συγκατάθεση για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Διαχείρισης Πόνου**

Εγώ, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ κάτοικος \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_συγκατατίθεμαι

(Γράψτε με κεφαλαία το ονομ/νυμο του πελάτη) (Διεύθυνση)

να συμμετάσχω στο Πρόγραμμα Διαχείρισης Πόνου

Και δίνω την συγκατάθεσή μου και αναγνωρίζω τα ακόλουθα (βάλτε ένα τικ σε κάθε κουτάκι):

* Τη συλλογή των προσωπικών μου πληροφοριών (ονομ/νυπο, διεύθυνση και στοιχεία επικοινωνίας) για το σκοπό συμμέτοχης στο Πρόγραμμα Διαχείρισης Πόνου.
* Οι ιατρικές πληροφορίες μου θα συλλέγονται για το σκοπό της παρακολούθησής μου κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Αυτά μπορεί να συμπεριλαμβάνουν: λεπτομέρειες για τον πόνο μου, ικανότητες να λειτουργώ, μετρήσεις του σώματος και άλλα δεδομένα.
* Οι ιατρικές πληροφορίες μου θα αναφέρονται στην αλληλογραφία με τους πάροχους ιατρικής βοήθειας που έχω υποδείξει, όπως για παράδειγμα με τον Παθολόγο μου.
* Παρέχω άδεια στους παρόχους ιατρικής περίθαλψης που έχω υποδείξει να αποστείλουν πληροφορίες σχετικές με τη συμμετοχή μου στο Κοινοτικό Πρόγραμμα Αντιμετώπισης Πόνου στο υπευθυνο ατομο του προγράμματος για παραπεμπτικούς και λόγους αξιολόγησης.
* Κατανοώ ότι οποίες πληροφορίες συλλεχθούν για το σκοπό της αξιολόγησης του Προγράμματος Διαχείρισης Πόνου, θα αποχαρακτηριστούν και το όνομά μου δε θα συνδέεται με τις πληροφορίες.
* Καταλαβαίνω ότι οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του προγράμματος, μπορώ να αποσυρθώ ή να τροποποιήσω την παρούσα συγκατάθεσή μου, επικοινωνώντας με την υπηρεσία στον αριθμό που αναφέρεται στις πληροφορίες που μου δόθηκαν για την υπηρεσία.

**Συγκατάθεση για τα Μέσα Ενημέρωσης**

* Εγώ **συγκατατίθεμαι** στη χρήση φωτογραφιών/βίντεο/συνεντεύξεων μαζί μου να χρησιμοποιηθούν για εκπαίδευση και υλικό αξιολόγησης για την προώθηση του Προγράμματος Διαχείρισης Πόνου.
* **Δεν συγκατατίθεμαι** στη κυκλοφορία οποιωνδήποτε φωτογραφιών/βίντεο ή συνεντεύξεων.

Ονομ/νυμο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Έχω εξηγήσει το αίτημα για συγκατάθεση στο συμμετέχοντα/στη συμμετέχουσα και έχω απαντήσει όλες τις ερωτήσεις του/της.

Ονομ/νυμο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τίτλος\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Published Apr 2017. ACI/D23/869 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016