

Program Zdrowotny dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów (PZL)

Osobą pilotującą PZL na terenie OIL jest Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów powołany na mocy Uchwały Nr 37/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z dnia 28 lutego 2014 roku.

Do zadań Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów należy w szczególności:

- 1) zbieranie informacji o faktach nadużywania alkoholu i/lub leków i/lub narkotyków czyli substancji psychoaktywnych (dalej łącznie - SPA) przez członków samorządu lekarskiego;
- 2) nawiązywanie kontaktu z osobami, których zachowania nasuwają podejrzenie nadużywania substancji psychoaktywnych lub uzależnienia od nich, w celu wstępnego zdiagnozowania problemu;
- 3) w przypadku stwierdzenia uzależnienia - organizowanie pomocy w znalezieniu właściwej placówki terapii uzależnień a następnie monitorowanie przebiegu leczenia, po uzyskaniu pisemnej zgody osoby leczącej się;
- 4) w razie powzięcia podejrzenia co do możliwości istnienia niezdolności do wykonywania zawodu lekarza - wnioskowanie do Okręgowej Rady Lekarskiej o powołanie komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia.

A. Cele PZL

1. Stworzenie warunków ułatwiających możliwie najwcześniejsze zgłoszenie się, z problemami wynikającymi z używania SPA, po pomoc oraz zapobieganie narastaniu tych problemów;
2. Zminimalizowanie możliwości popełnienia przez lekarza/lekarza dentystę (dalej lekarza) używającego SPA przewinienia zawodowego spowodowanego używaniem tych substancji.
3. Stworzenie warunków ułatwiających możliwie wczesne podjęcie terapii przez lekarza z objawami uzależnienia od SPA poprzez:
 - a) udzielanie pomocy w rozpoznaniu jego problemów związanych z piciem alkoholu i/lub z przyjmowaniem innych SPA;
 - b) wspieranie w pokonywaniu niezdecydowania dotyczącego zwrócenia się po specjalistyczną pomoc w związku z piciem alkoholu i/lub z przyjmowaniem innych SPA;
4. Udzielanie informacji na temat możliwości podjęcia terapii a także dostępności sieci wsparcia w środowisku lekarskim oraz w grupach wsparcia (np. Anonimowi Alkoholicy itp.), pomoc w skorzystaniu z tego wsparcia, zachęcanie do udziału w spotkaniach oraz organizowanie takiej sieci;
5. Monitorowanie postępów w leczeniu i przebiegu procesu powrotu do zdrowia.

B. Zdarzenia objęte zakresem działania Programu Zdrowotnego dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów

1. Przebywanie w stanie po spożyciu alkoholu lub innej SPA w miejscu pracy lub pozostawanie pod wpływem SPA poza miejscem pracy (np. ujawnione bezpośrednio po wyjściu z pracy, prowadzenie pojazdu pod wpływem SPA) - jednorazowo (incydentalne) lub po raz kolejny (najczęściej spowodowane uzależnieniem lub obecnością innego zaburzenia psychicznego).
2. Informacja o zdarzeniu nie może być anonimowa.

C. Etapy PZL

1. Uzyskanie informacji o podejrzeniu istnienia problemu, który może być związany z przyjmowaniem SPA.
2. Weryfikacja informacji i ew. identyfikacja problemu.
3. Interwencja.
4. Ocena/diagnoza oraz ewentualnie pomoc w znalezieniu miejsca terapii.
5. Leczenie tj. ambulatoryjny/dzienny/stacjonarny program psychoterapii pacjenta uzależnionego), realizowany w specjalistycznej placówce zaakceptowanej przez Pełnomocnika.
6. Monitorowanie przebiegu leczenia i procesu zdrowienia.

Poszczególne etapy są nadzorowane przez Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

D. Przystąpienie do PZL

Do Programu przystępują:

1. Lekarze zgłaszający się do Pełnomocnika, którzy zauważyli u siebie problemy wynikające z używania substancji psychoaktywnych i chcieliby uzyskać poufną (na życzenie zainteresowanego także anonimową) pomoc w rozwiązaniu tych problemów; możliwość jednorazowej konsultacji mają również lekarze, którzy nie należą do OIL w Warszawie.
2. Lekarze, w stosunku do których izba lekarska powzięła wiarygodną informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego związku z używaniem SPA;
3. Lekarze, w stosunku do których w związku z używaniem SPA toczy się na podstawie art. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty postępowanie o stwierdzenie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia lub takie postępowanie zakończyło się wydaniem decyzji o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub ograniczeniu w wykonywaniu czynności medycznych, o ile Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej lub Sąd Lekarski zwrócił się do Pełnomocnika o podjęcie działań;
4. Lekarze skierowani przez Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w związku z toczącym się lub zakończonym postępowaniem administracyjnym dotyczącym niezdolności do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu czynności medycznych z uwagi na stan zdrowia (art. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty);

5. Lekarze, w stosunku do których rodzina, inni lekarze lub pracodawca zgłosili umotywowaną prośbę o podjęcie działań przez Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Osoby zgłaszające takie zawiadomienie powinny udostępnić swoje dane osobowe oraz adres do korespondencji pod rygorem pozostawienia prośby bez dalszego biegu. W przypadku uzyskania informacji o zdarzeniach powodujących powstanie uzasadnionych wątpliwości co do niezdolności lekarza do wykonywania zawodu, Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów ma obowiązek dokonać zgłoszenia, w formie notatki, do Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej (ZAŁĄCZNIK nr 4 i 5).
6. Pozostali lekarze, którzy dobrowolnie zgodzili się uczestniczyć w Programie.

Lekarze wymienieni w pkt. 2-5 muszą najpierw wyrazić zgodę na prowadzenie dalszych działań przez Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów i podpisują z Pełnomocnikiem porozumienie, a Pełnomocnik monitoruje przebieg leczenia oraz informuje o postępach Prezesa ORL. (ZAŁĄCZNIK nr 1 i 2).

E. Postępowanie po spotkaniu z Pełnomocnikiem ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Efektem spotkania z Pełnomocnikiem powinno być postawienie wstępnej diagnozy i wskazanie drogi dalszego postępowania. Należy uwzględnić następujące możliwości:

1. Pełnomocnik stwierdził, że był to przypadek jednorazowy (incydentalny) – przeprowadza wówczas jedynie rozmowę profilaktyczną;
2. Pełnomocnik podejrzewa uzależnienie ale ma wątpliwości – sugeruje wykonanie dodatkowych badań i zebranie – za zgodą zainteresowanego lekarza – uzupełniającego wywiadu od pracodawcy lekarza (ZAŁĄCZNIK nr 6 i 7);
3. Pełnomocnik rozpoznaje uzależnienie, a lekarz ma zachowany krytycyzm wobec swojej choroby – pełnomocnik motywuje do podjęcia leczenia, a lekarz podpisuje porozumienie odnośnie dalszej współpracy (pisemne zobowiązanie się lekarza do podjęcia leczenia, informowania o jego przebiegu, wglądu Pełnomocnika w dokumentację lekarską - ZAŁĄCZNIK nr 1 i 2); Lekarz, który wyraził zgodę na proponowane przez Radę leczenie oraz na monitorowanie jego przebiegu na okres co najmniej 3 lat, podpisuje porozumienie z Pełnomocnikiem (ZAŁĄCZNIK 1), w którym wyraża pisemną zgodę na podjęcie leczenia oraz na monitorowanie jego przebiegu m.in. na kontaktowanie się przez Pełnomocnika z placówką leczącą i otrzymywanie przez Pełnomocnika informacji nt. przebiegu leczenia, a także na poddawanie się w tych placówkach testom na obecność narkotyków i leków oraz na wykonywanie, niezbędnych do postawienia prawidłowej diagnozy, badań laboratoryjnych np. GGTP, CDT itp. W przypadku powzięcia przez Pełnomocnika wiadomości o naruszeniu przez uzależnionego lekarza postanowień porozumienia, Pełnomocnik ma obowiązek zgłoszenia tego faktu Prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej
4. Pełnomocnik rozpoznaje uzależnienie lub je podejrzewa, a lekarz nie dostrzega problemu i odmawia dalszych kontaktów albo nie widzi potrzeby podjęcia leczenia – Pełnomocnik ma obowiązek poinformowania zawiadamiającego o takiej decyzji lekarza i wskazuje na możliwość złożenia stosownego zawiadomienia do właściwych organów izby lekarskiej. W

szczególnie uzasadnionych przypadkach, kiedy dalsze wykonywanie zawodu przez lekarza może zagrażać życiu czy zdrowiu pacjentów, Pełnomocnik ma obowiązek zawiadomić Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, celem wszczęcia postępowania o stwierdzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu z uwagi na stan zdrowia.

F. Współpraca Pełnomocnika z innymi organami samorządu lekarskiego

1. W przypadku powzięcia informacji dotyczących udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w stanie po spożyciu alkoholu lub innej SPA albo o innych zachowaniach noszących cechy przewinienia zawodowego w związku z użyciem SPA, która zostanie potwierdzona w trakcie czynności wstępnych, postępowania wyjaśniającego albo postępowania przed Sądem Lekarskim, organ samorządu lekarskiego kontaktuje się z Pełnomocnikiem i kieruje do niego lekarza, za jego zgodą.
2. O wyniku spotkania Pełnomocnik informuje właściwy organ Okręgowej Rady Lekarskiej, który skierował do niego sprawę.
3. W przypadku, kiedy lekarz przyjął warunki porozumienia z Pełnomocnikiem, ale systematycznie unika kontaktu z Pełnomocnikiem lub nie wywiązuje się z zawartych w porozumieniu ustaleń, Pełnomocnik ma obowiązek poinformować o tym fakcie Okręgową Izbę Lekarską. Jeżeli lekarz nie ma zawieszono go od wykonywania zawodu, Pełnomocnik występuje do Okręgowej Rady Lekarskiej o powołanie Komisji oceniającej zdolność lekarza do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia.
4. Jeżeli komisja powołana w celu zbadania zdolności lekarza do wykonywania zawodu z uwagi na stan zdrowia stwierdzi, że lekarz może nadal wykonywać zawód w pełnym zakresie lub z ograniczeniami pod warunkiem uczestniczenia w PZL, Rada może wyrazić zgodę na dalsze wykonywanie zawodu pod warunkiem aktywnego uczestniczenia w PZL, monitorowanego przez Pełnomocnika.
5. Jeżeli Rada podejmie uchwałę o ograniczeniu lub zawieszeniu lekarzowi prawa wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia spowodowany przyjmowaniem SPA, proponuje jednocześnie lekarzowi podjęcie leczenia wraz z kontrolą efektów leczenia przez Pełnomocnika przez okres co najmniej 3 lat. Treść swojej decyzji Rada przekazuje na piśmie Pełnomocnikowi, który podejmuje próbę zawarcia z lekarzem porozumienia.
6. Pełnomocnik ma obowiązek informowania Rady o każdym przypadku niewyrażenia zgody na podjęcie leczenia lub o samowolnej rezygnacji z leczenia uzależnienia.

G. Monitorowanie przebiegu leczenia i dokumentowanie działań naprawczych

Monitorowanie przebiegu leczenia przez Pełnomocnika trwa co najmniej 3 lata i na wniosek Pełnomocnika, w porozumieniu z lekarzem, może zostać przedłużone na kolejne lata. Jeżeli lekarz nie wyraża zgody na podpisanie porozumienia, Pełnomocnik występuje do Rady z wnioskiem o powołanie Komisji w celu zbadania zdolności lekarza do wykonywania zawodu z uwagi na stan zdrowia.

Monitorowanie obejmuje:

1. Samodzielne, okresowe raportowanie przebiegu leczenia, udziału w spotkaniach grup samopomocowych itp. (ZAŁĄCZNIK 3);
2. Dostarczanie Pełnomocnikowi, w ustalonych przez niego terminach, przygotowanej przez terapeutę, relacji z przebiegu leczenia;
3. Planowane i losowe badanie płynów ustrojowych *(na podstawie podpisanego porozumienia)*;
4. Okresowe spotkania osobiste lekarza z Pełnomocnikiem;
5. Możliwość wyznaczenia w miejscu pracy osoby wspierającej/monitorującej, która przekazuje Pełnomocnikowi okresowe raporty dotyczące funkcjonowania osoby monitorowanej (ZAŁĄCZNIKI NR 8, 9, 10);

O zakończeniu okresu monitorowania Pełnomocnik powiadamia pisemnie Prezesa ORL.

Zróżnicowanie intensywności monitorowania w zależności od oceny stopnia ryzyka używania substancji psychoaktywnych

1. Wysokie ryzyko – wymaga intensywnego monitorowania (1 x w tygodniu/miesiącu)
 - okres przed podjęciem terapii
 - odmowa współpracy, odmowa przyjmowania jakiegokolwiek pomocy związanej ze zdrowiem psychicznym
 - pierwsze tygodnie współpracy
 - systematyczne przerywanie abstynencji
 - unikanie systemów wsparcia
 - wyłącznie sytuacyjna, zewnętrzna motywacja do współpracy.
2. Umiarkowane ryzyko (1 x na kwartał)
 - pozytywna współpraca trwająca już 6 - 12 miesięcy
 - ukończone leczenie w programie podstawowym terapii uzależnienia lub poważne zaangażowanie w terapię
 - udokumentowane 6 -12 miesięcy abstynencji od substancji psychoaktywnych lub od innych zachowań kompulsywnych
 - regularne, aktywne uczestnictwo w grupach samopomocowych
 - widoczne oznaki wewnętrznej motywacji do współpracy i do leczenia.
3. Niskie ryzyko (wg uznania, indywidualnie)
 - 12 - 18 miesięcy pozytywnej współpracy
 - stabilny stan psychiczny

- wyraźna i widoczna motywacja do zmiany
 - widoczna poprawa jakości życia
4. Podtrzymanie/wsparcie, kiedy sytuacja jest stabilna we wszystkich obszarach monitorowania.

POROZUMIENIE

Zawarte w dniu w Warszawie pomiędzy:

1. – Pełnomocnikiem ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zwanym dalej Pełnomocnikiem, a
2. – członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, nr PWZ:, PESEL:, zamieszkałym w, tel., zwaną/ym dalej Lekarzem.

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, działając na podstawie uchwały nr 7/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2007 r. oraz uchwały Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie nr, biorąc pod uwagę konieczność poddania się przez Lekarza leczeniu, zawarł z Nim dobrowolne Porozumienie, określające wzajemne relacje i zobowiązania w okresie obowiązywania niniejszego Porozumienia.

§ 1

Pełnomocnik zobowiązuje się do:

- 1) wyjaśnienia Lekarzowi powodów decyzji o konieczności podjęcia leczenia,
- 2) udzielenia pomocy w znalezieniu miejsca leczenia,
- 3) monitorowania przebiegu leczenia i stanu zdrowia Lekarza,
- 4) zaopiniowanie wniosku Lekarza do właściwej okręgowej izby lekarskiej o udzielenie pomocy socjalnej w tym o przyznanie zapomogi finansowej, jeśli w okresie leczenia nie będzie możliwe podjęcie pracy zarobkowej,
- 5) poinformowania o przerwaniu leczenia tych podmiotów, które zgłosiły Lekarza do Pełnomocnika oraz Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§ 2

Lekarz zobowiązuje się do:

- 1) podjęcia leczenia w,
- 2) dostarczenia do dnia dokumentu potwierdzającego fakt podjęcia leczenia,
- 3) systematycznych spotkań z Pełnomocnikiem w terminach wyznaczonych przez Pełnomocnika, w uzgodnieniu z Lekarzem,
- 4) dostarczania wyników kontrolnych badań dodatkowych, zleconych przez Pełnomocnika.

§ 3

1. Lekarz upoważnia Pełnomocnika do monitorowania przebiegu jego leczenia, w tym do pozyskiwania informacji dotyczących przebiegu swojego leczenia, a także do wglądu w dokumentację medyczną.
2. Upoważnienie Lekarza, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszego Porozumienia.

§ 4

Lekarz oświadcza, że są mu znane zadania Pełnomocnika, wynikające z powołanej w preambule uchwały, jak również ma świadomość, iż w przypadku niewywiązywania się z postanowień Porozumienia może być wobec niego wszczęte, na wniosek Pełnomocnika, postępowanie w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia.

§ 5

Niniejsze Porozumienie zostało zawarte na okres od dn. do dn.

§ 6

Niniejsze Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

podpis Pełnomocnika

czytelny podpis Lekarza

Projekt **upoważnienia** (do § 3 Porozumienia)

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana/y upoważniam
niniejszym – Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy
Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do monitorowania przebiegu mojego leczenia, w
tym do wglądu w dokumentację medyczną związaną z moim leczeniem, jak również do uzyskiwania
informacji, dotyczących przebiegu mojego leczenia w

czytelny podpis Lekarza

Warszawa, dnia

Wzór sprawozdania

Sprawozdanie z przebiegu leczenia w

Ja niżej podpisana/y PESEL,
zam.,

zatrudniona/y w,

oświadczam, że w okresie od dn. do dn. uczestniczę/yłam/em w programie
terapii uzależnienia (krótki opis przebiegu terapii)

.....

.....

.....

.....

Jednocześnie oświadczam, że w ww. okresie: od dn. do dn.

a. utrzymywałam/em całkowitą abstynencję od wszelkich substancji psychoaktywnych, w tym od alkoholu, leków uspokajających, nasennych, przeciwbólowych oraz od narkotyków;

b. przyjmowałam/em następujące leki działające uspokajająco, nasennie lub przeciwbólowo, które zostały zlecone przez leczącego mnie specjalistę (nazwisko lekarza i nazwa placówki)

dr:

.....

.....

Załączam zaświadczenia (właściwe zaznaczyć):

1) z placówki terapii uzależnień (odnośnie przebiegu terapii),

2) od lekarza specjalisty (odnośnie konieczności przyjmowania leków).

czytelny podpis Lekarza

Warszawa, dnia

Warszawa, dnia

**Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie**

Notatka służbowa

Dnia o godz. otrzymałem/łam ustną/telefoniczną informację o zdarzeniach powodujących powstanie uzasadnionych wątpliwości co do niezdolności wykonywania zawodu przez lek.
w związku z podejrzeniem

Opis zdarzenia:
.....
.....
.....
.....

Nie mam podstaw do kwestionowania wiarygodności przedstawionego opisu zdarzenia. Dane osobowe zgłaszających nie są mi znane, jednak celowe jest podjęcie działań przez Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy.

.....
Podpis Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Warszawa, dnia

**Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie**

Dnia o godz. otrzymałem/łam ustną/telefoniczną informację o zdarzeniach powodujących powstanie uzasadnionych wątpliwości co do niezdolności wykonywania zawodu przez lek.

w związku z podejrzeniem

Opis zdarzenia:

.....
.....
.....
.....

W związku z powzięciem ww. informacji przeprowadziłem z lek.
w dniu rozmowę

.....
.....

W mojej ocenie dalsze wykonywanie zawodu przez lekarza może zagrażać życiu czy zdrowiu pacjentów, zwracam się o wszczęcie postępowania o stwierdzenie niezdolności ww. lekarza do wykonywania zawodu z uwagi na stan zdrowia.

.....

podpis Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Wystąpienie o opinię pracodawcy lekarza

Warszawa, dnia

.....

(adresat)

Działając na podstawie uchwały NRL Nr 7/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom denty stom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu, za pisemną zgodą lek....., zwracam się z prośbą o pisemną opinię dotyczącą wypełniania przez w/w obowiązków zawodowych.

Proszę o przesłanie opinii w możliwie krótkim terminie oraz o zachowanie poufności.

.....

podpis Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Denty stom

Upoważnienie

Ja niżej podpisana/y upoważniam
niniejszym – Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy
Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do zwrócenia się z prośbą o wydanie opinii
dotyczącej wypełniania przeze mnie obowiązków zawodowych w miejscu mojej pracy tj. w
.....

czytelny podpis Lekarza

Warszawa, dnia

Wniosek o nawiązanie współpracy z pracodawcą i przekazywanie raportów

Warszawa, dnia

.....

(adresat)

Działając na podstawie uchwały NRL Nr 7/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu, za pisemną zgodą lek., w związku z objęciem lek. monitorowaniem przebiegu leczenia zwracam się z wnioskiem o nawiązanie współpracy w tym przedmiocie oraz przesyłanie co miesiąc raportów dotyczących funkcjonowania osoby monitorowanej w miejscu pracy, w szczególności określeniem czy zauważono u w/w lekarza pozostawanie pod wpływem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu. Jednocześnie proszę o wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za wspieranie i monitorowanie osoby objętej leczeniem.

Wskazuję jednocześnie, że lek..... wyraził zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza jego danych osobowych oraz nawiązanie współpracy przez Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów z pracodawcą w zakresie niezbędnym do monitorowania przebiegu leczenia uzależnienia.

.....

podpis Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów

**Zgoda lekarza dotycząca nawiązania kontaktu z przełożonym i zakładem pracy
oraz przetwarzania danych osobowych**

Ja niżej podpisana/y niniejszym wyrażam zgodę na nawiązanie przez – Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie kontaktu z moim przełożonym oraz zakładem pracy/zleceniodawcą w celu sporządzenia przez wyżej wymienionych okresowych raportów dotyczących funkcjonowania mojej osoby jako osoby monitorowanej w związku trwającym przebiegiem leczenia uzależnień.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza moich danych osobowych (również we współpracy z pracodawcą(-ami), zleceniodawcami i ośrodkami leczenia uzależnień) w celu niezbędnym do monitorowania przebiegu leczenia uzależnienia. Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania oraz o dobrowolności podania danych.

..... czytelny podpis Lekarza

Warszawa, dnia

Umowa z pracodawcą dotycząca współpracy i przekazywania raportów nt. monitorowanego

Warszawa, dnia

Działając w imieniu w związku z wnioskiem Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów działającego przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza w przedmiocie nawiązania współpracy dotyczącej monitorowania przebiegu procesu leczenia lek. oraz przesyłania raportów okresowych dotyczących osoby monitorowanej wyrażamy niniejszym zgodę na nawiązanie współpracy i zobowiązujemy się przekazywać raporty nt. osoby monitorowanej w terminie do 10 dnia każdego miesiąca.

Jednocześnie wskazujemy, że osobą pełniącą monitoring lek. jest (tel. kontaktowy)