

**ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE
INFORMACJI
ORGANOWI WYMIARU
SPRAWIEDLIWOŚCI**

NAZWISKO PACJENTA/OSKARŻONEGO	IMIĘ	INICJAŁ
NR IDENTYFIKACYJNY	NR SPRAWY	
PLACÓWKA	JEDNOSTKA	

INSTRUKCJE: Sporządzić jedną (1) kopię do dokumentacji pacjenta

Ja, niżej podpisany(-a), niniejszym udzielam zgody na komunikację pomiędzy personelem niniejszej placówki a następującą(-ymi) przedstawicielem(-ami) organu wymiaru sprawiedliwości:

Niniejszej zgody udzielam w celu i na potrzeby informowania ww. przedstawiciela(-i) organu wymiaru sprawiedliwości o uczestnictwie w sesjach terapeutycznych, czynionych postępach, nastawieniu do procesu oceny i leczenia oraz

Zakres ujawnianych informacji uwzględnia moją diagnozę, uczestnictwo lub brak uczestnictwa w sesjach terapeutycznych, współpracę w ramach programu leczenia, prognozę oraz

Rozumiem, że mój udział w leczeniu jest warunkiem (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą):

- mojego zwolnienia z więzienia wykonania nałożonego na mnie wyroku
 oddalenia toczącego się wobec mnie postępowania karnego zawieszenia mojego wyroku
 innych czynności (podać):

Rozumiem również, że jeżeli nie określono inaczej, niniejsza zgoda pozostanie w mocy i nie zostanie przeze mnie wycofana do czasu oficjalnego i skutecznego zakończenia lub odwołania mojego zwolnienia z więzienia i/lub zwolnienia warunkowego, nadzoru kuratorskiego, ostatecznego zakończenia okresu zwolnienia warunkowego lub innego rodzaju postępowania, na podstawie którego wydano nakaz odbycia leczenia.

Okres obowiązywania zgody *(jeżeli inny)*

Warunek(-i) wycofania zgody *(jeżeli inny)*

Rozumiem również, iż wszelkie ujawnienia danych podlegają przepisom Tytułu 42 Cz. 2 Kodeksu przepisów federalnych dotyczących poufności dokumentacji dotyczącej leczenia pacjenta uzależnionego od substancji odurzających, a osoby, którym te informacje zostały ujawnione mogą dokonać ponownego ich ujawnienia wyłącznie w związku z wypełnianiem obowiązków służbowych.

(Podpis pacjenta/oskarżonego)

(Podpis rodzica/opiekuna, jeżeli jest wymagany)

(Imię i nazwisko drukiem)

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukiem)

(Data)

(Data)