

## تریسام – توانبخشی زود هنگام همکاری و تبادل معلومات

تریسام همکاری بین منطقه گاولبورگ (مراقبت اولیه و روان شناس)، اداره بیمه اجتماعی سویدن، اداره کار سویدن و شهرداری است. همکاری تیم تریسام در تمام شهرداری های ولایت ها یاولبورگ وجود دارد. تیم تریسام شامل مدیران اداره عمومی کار سویدن، اداره بیمه اجتماعی و شهرداری است. منطقه گاولبورگ شامل هماهنگ کننده توانبخشی و در صورت لزوم، کارکنان صحتی مربوطه است. ما تلاش می کنیم حمایت بهتر و جامع تری به شما در توانبخشی ارائه دهیم.

*اداره بیمه اجتماعی سویدن در طول جلسه رضایت شفاهی دریافت می کند.*

برای اینکه بتوانیم به شکل خوبی به شما کمک کنیم، به معلومات مشترک درباره شما و وضعیت تان ضرورت داریم. بنابراین، برای به اشتراک گذاشتن معلومات های لازم بین ما نیاز به رضایت کتبی دارید. چنین معلومات در غیر این صورت توسط قانون محرمانگی محافظت می شود.

### اطلاعات لازم شامل، برای مثال:

- وضعیت سلامت
- شرایط کاری
- تلاش های قبلی توانبخشی
- شرایط اجتماعی و اقتصادی
- تحقیقات قبلی
- نظرات کارشناسان، مانند نظرات داکتر ها
- معلومات دیگری که ممکن است برای توانبخشی شما مرتبط باشد

فورم رضایت نامه را می توانید در صفحه بعد پیدا کنید. رضایت از روز امضای فورم و تا مدت هماهنگی بازتوانی معتبر است. این قانون حداکثر یک سال از زمان امضای رضایت نامه اعمال می شود.

شما می توانید در هر زمان رضایت خود را پس بگیرید. این کار را با تماس با مسوول پرونده در مرجع مربوطه یا تماس با مرکز صحتی/کلینیک خود انجام می دهید.



trisam



trisam

## رضایت به همکاری و تبادل معلوما در تریسام

|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| شماره تأمین اجتماعی | نام               |
| کد پستی و شهر       | آدرس پستی         |
| موبایل              | شماره تلفن روزانه |

### رضایت

من موافقت می کنم که کارکنان مربوطه در مرکز سلامت یا کلینیکی که مرکز صحتی، اداره کار عمومی سویدن، مدیران بخش کاری شهرداری و اداره بیمه اجتماعی سویدن برای ضرورت های من همکاری کنند.

اداره بیمه اجتماعی سویدن در طول جلسه رضایت شفاهی دریافت می کند.

موافقت می کنم که نمایندگان اداره های مربوطه ممکن است معلومات لازم درباره من را مبادله کنند، به اسناد و سوابق صحتی دسترسی داشته باشند بدون مانع محرمانگی تا بتوانند روند توانبخشی من را از طریق تریسام به طور مؤثر حمایت کنند.

همچنین موافقم که فعالیت ها یا افراد زیر ممکن است همکاری کنند تا حمایت بهتر و جامع تری در توانبخشی من فراهم کنند. برای مثال، درپایین، صاحب کار و نام او را وارد کنید. رضایت به فعالیت یا شخص زیر فقط تا زمانی معتبر است که تریسام خاتمه یابد.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

می دانم که هر وقت بخواهم می توانم رضایت خود را پس بگیرم. این بدان معناست که اگر رضایت خود را پس بگیرم، هیچ معلومات بیشتری درباره من بین طرفین مشخص شده در رضایت نامه رد و بدل نمی شود. با این حال، معلومات که قبلا جمع آوری شده اند ممکن است پردازش شوند، اما تکمیل یا به روزرسانی نشوند.

امضا

تاریخ

نام



#### حفاظت از هویت/معلومات شخصی محافظت شده

افرادی که هویت یا معلومات شخصی محافظت شده دارند نباید در کار همکاری در تریسام گنجانده شوند. بنابراین، اگر هویت یا معلومات شخصی محافظت شده دارید، نباید فرم رضایت را امضا کنید.

#### سوآلی دارید؟

اگر سوال یا نگرانی دارید، می توانید با مسوول پرونده خود در مرجع مربوطه یا تماس خود در مرکز صحتی یا کلینیک تماس بگیرید.

برای اطلاعات درباره نحوه مدیریت معلومات های شخصی شما در تریسام و هماهنگی بازتوانی شما، به معلومات وب سایت هر شریک مراجعه کنید.