

Trisam – إعادة التأهيل المبكر بالتعاون التعاون وتبادل المعلومات

Trisam هو تعاون بين منطقة يافلبورج (الرعاية الصحية الأولية والطب النفسي)، وهيئة التأمين الاجتماعي السويدية، وArbetsförmedlingen (هيئة التوظيف العامة السويدية)، والبلدية. يتواجد التعاون ضمن فريق Trisam في جميع بلديات مقاطعة يافلبورج. ويضم فريق Trisam موظفي الحالات من Arbetsförmedlingen (هيئة التوظيف العامة السويدية)، وهيئة التأمين الاجتماعي السويدية، والبلدية. ومن جانب منطقة يافلبورج، يشارك منسق إعادة التأهيل، وعند الحاجة يشارك الكوادر الصحية المختصة. نحن نعمل معاً لنقدم لك دعماً أفضل وأكثر تنسيقاً في رحلة إعادة تأهيلك.

تحصل هيئة التأمين الاجتماعي على موافقة شفوية أثناء الاجتماع.

ولكي تتمكن من مساعدتك بشكل صحيح، نحتاج إلى معلومات مشتركة عنك وعن وضعك. لذلك، نحتاج إلى موافقة خطية منك حتى تتمكن من مشاركة البيانات الشخصية الضرورية فيما بيننا. علماً بأن هذه البيانات الشخصية محمية بموجب قوانين السرية في الأحوال العادية.

تشمل البيانات الشخصية الضرورية، على سبيل المثال:

- الحالة الصحية
- ظروف العمل
- إجراءات إعادة التأهيل السابقة
- الظروف الاجتماعية والاقتصادية
- الفحوصات السابقة
- آراء الخبراء، مثل التقارير الطبية
- أي معلومات أخرى قد تكون ذات صلة بإعادة تأهيلك.

ستجد نموذج الموافقة في الصفحة التالية. تسري الموافقة اعتباراً من تاريخ توقيعك على النموذج، وطوال فترة تنسيق إعادة تأهيلك. وتظل الموافقة التي توقعها سارية لمدة تصل إلى عام واحد من تاريخ التوقيع.

يمكنك إلغاء موافقتك في أي وقت. يمكن القيام بذلك عن طريق التواصل مع مسؤول حالتك في الجهة المعنية، أو جهة الاتصال الخاصة بك في المركز الصحي أو العيادة التي تتبع لها.



trisam

الموافقة على التعاون وتبادل المعلومات ضمن Trisam

الاسم	رقم التسجيل الوطني
العنوان البريدي	الرمز البريدي والمدينة
رقم الهاتف خلال النهار	رقم الهاتف المحمول

الموافقة

أوافق على أن يقوم الموظفون المعنيون في المركز الصحي أو العيادة التي أتلقى فيها الرعاية الصحية، و Arbetsförmedlingen (هيئة التوظيف العامة السويدية)، ومسؤول الرعاية التابع لبلديتي، وهيئة التأمين الاجتماعي السويدية، بالتعاون فيما يخص احتياجاتي.

تحصل هيئة التأمين الاجتماعي على موافقة شفوية أثناء الاجتماع.

أقر بأن لممتلي هذه الجهات الحق في تبادل بياناتي الشخصية الضرورية، والاطلاع على الوثائق والسجلات الطبية بصرف النظر عن السرية، وذلك لدعم عملية إعادة تأهيلي بشكل فعال من خلال Trisam.

كما أوافق أيضاً على إشراك الجهة أو الشخص التالي ذكرهم في هذا التعاون لتزويدي بدعم أفضل وأكثر تنسيقاً. يُرجى التوضيح أدناه، على سبيل المثال، جهة العمل واسمها. تكون الموافقة الخاصة بالجهة أو الشخص المذكور سارية فقط حتى انتهاء إجراءات Trisam.

--	--

أنا على علم تام بأنه يحق لي إلغاء موافقتي في أي وقت. ويعني ذلك أنه في حال اخترت إلغاء موافقتي، فلن يتم تبادل أي معلومات إضافية تخصني بين الجهات المحددة في نموذج الموافقة. ومع ذلك، فإن البيانات التي تم جمعها بالفعل قد تخضع للمعالجة، ولكن لن يتم استكمالها أو تحديثها.

التاريخ

التوقيع

توضيح الاسم



الهوية المحمية / البيانات الشخصية المحمية

لا ينبغي أن يشمل التعاون ضمن Trisam الأشخاص الذين يتمتعون بهوية محمية أو بيانات شخصية محمية. لذلك، يُرجى عدم التوقيع على نموذج الموافقة إذا كانت لديك هوية محمية أو بيانات شخصية محمية.

هل لديك أسئلة؟

إذا كانت لديك أي أسئلة أو استفسارات، فنرحب بتواصلك مع مسؤول حالتك في الجهة المعنية، أو جهة الاتصال الخاصة بك في المركز الصحي أو العيادة التي تتبع لها.

للحصول على معلومات حول كيفية معالجة بياناتك الشخصية في تريسام وتنسيق إعادة تأهيلك، يُرجى الاطلاع على المعلومات المتاحة على الموقع الإلكتروني الخاص لكل شريك.