

Korisnikov pristanak da se daju podaci drugim službama Consumer Consent to Share Information

Da se unese korisnikov svojevrijedno dati pristanak uz potrebnu informiranost da se njegovi podaci mogu razmijeniti s određenom službom/bama i u određene svrhe.

To record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

Korisnik Consumer

Ime:

Name:

Datum rođenja: dan/mj/godina / /

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Pol:

Sex:

UR broj:

UR Number:

ili ovdje staviti naljepnicu s podacima
or affix label here

1. dio: Korištenje i davanje predloženih podataka

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Vrsta usluge Service Type	Naziv zdravstvene službe Name of Agency	Vrste podataka (uključujući i eventualna ograničenja) Type of Information (including limits as applicable)	Svrha/e Purpose/s
Primjeri: – fizioterapija – pregled kod specijaliste Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Primjeri: – bilo koja zdravstvena služba – nominirana klinika Examples: – Any agency – Nominated clinic	Primjeri: – sve relevantne informacije – samo rezultati testova Examples: – All relevant information – Test results only	Primjeri: – upućivanje – koordinacija njege Examples: – Referral – Care coordination

2. dio: Potvrda korisnikovog pristanka Section 2: Record of Consumer Consent

2(a) Pismeni pristanak korisnika ili
2(a) Written Consumer Consent Or

Radnik/ljekar ili neki drugi stručnjak mi je objasnio kako, kada i zašto je potrebno da se lični podaci razmijene s drugim službama. Razmijem to i ovim dajem svoj pristanak da se moji lični podaci razmijene s drugim službama, kako je gore navedeno.
The worker/practitioner has discussed with me how and why certain information about me may be shared with other service providers. I understand this and I give my informed consent for the information to be shared as detailed above.

Potpis: _____
Signed: _____

Datum: dan/mj/godina / /
Dated: dd/mm/yyyy / /

Potpisao:
Signed by:

Korisnik ILI
 Consumer OR
 Ovlašteni predstavnik:
 Authorised representative on behalf of:

(korisnik)

(Consumer)

Svjedok:
Witnessed by:

Potpis: _____
(radnik/stručnjak)
Signed: _____
(Worker/Practitioner)

Datum: dan/mj/godina / /
Dated: dd/mm/yyyy / /

Ime radnika/ljekara ili nekog drugog stručnjaka:
Worker/Practitioner Name: _____

Položaj:
Position: _____

2(b) Usmeni pristanak korisnika
2(b) Verbal Consumer Consent

Samo za radnike/ljekare i druge stručnjake
Worker/Practitioner Use Only

Usmeni pristanak treba prihvatiti jedino u slučajevima ako se od korisnika ne može dobiti pismeni pristanak.
Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.

Porazgovarao sam s pacijentom/pacijentovim ovlaštenim predstavnikom o tome kako i zašto se određene informacije mogu razamijeniti s drugim službama. Siguran sam da pacijent ovo razumije i da je dao informirani pristanak na to da se podaci razmijene, kako je gore navedeno.
I have discussed with the consumer/consumer's authorised representative how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

Potpis: _____
(radnik/stručnjak)
Signed: _____
(Worker/Practitioner)

Datum: dan/mj/godina / /
Dated: dd/mm/yyyy / /

Ime radnika/ljekara ili nekog drugog stručnjaka:
Worker/Practitioner Name: _____

Položaj:
Position: _____

Da bi se uvjerio da je korisnik/korisnikov ovlašteni predstavnik u stanju da donese informiranu odluku o razmjeni podataka, kako je gore navedeno, radnik/stručnjak bi trebao: (stavite kvačicu u kvadratić kada popunjavate rubriku)

To ensure the consumer/consumer's authorised representative is able to make an informed decision about consent to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should: (tick when completed)

1. Porazgovarati s korisnikom o preporuci da ga se uputi drugim zdravstvenim službama
1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
2. Obavijestiti da će se korisnikovi podaci razmijeniti s ovim službama/agencijama jedino ukoliko se korisnik s tim složi i da će mu potrebne usluge biti osigurane čak i ukoliko odbije dati pristanak
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
3. Ponuditi korisniku brošuru s informacijama o pravu na privatnost, poput brošure pod nazivom 'Vaši osobni podaci su vaša privatna stvar' ('Your Information – It's Private')
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
4. Dati korisniku kopiju ovog popunjenog dokumenta ako on to traži (vidi uputstva)
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed

Produced by the Victorian Department of Human Services, 2009

This information collected by:		CCSI Page 2 of 2
Name:	Position/Agency:	
Sign:	Date: dd/mm/yyyy / /	Contact number: