

Korisnikov pristanak na davanje podataka drugim službama Consumer Consent to Share Information

Da se unese korisnikov svojevrijedno dani 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 / /

Spol:

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 – konzultacija sa specijalistom Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Primjeri: – bilo koja zdravstvena služba – nominirana klinika Examples: – Any agency – Nominated clinic	Primjeri: – sve relevantne informacije – samo rezultati ispitivanja Examples: – All relevant information – Test results only	Primjeri: – uputa – koordinacija skrbi Examples: – Referral – Care coordination

Consumer Consent to Share Information

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

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

Djelatnik/liječnik ili neki drugi stručnjak mi je objasnio kako, kada i zašto je potrebno da se moji osobni podaci razmijene s drugim službama. Razmijem to i dajem informirani pristanak da se moji osobni 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 zastupnik:

Authorised representative on behalf of:

(korisnik)

(Consumer)

Svjedok:
Witnessed by:

Potpis: _____

(djelatnik/rel. stručnjak)

Signed: _____

(Worker/Practitioner)

Datum: dan/mj/godina / / _____

Dated: dd/mm/yyyy / / _____

Ime djelatnika/liječnika ili nekog drugog stručnjaka: _____

Worker/Practitioner Name: _____

Položaj: _____

Position: _____

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

Samo za djelatnike/liječnike i druge stručnjake
Worker/Practitioner Use Only

Usmeni pristanak potrebno je prihvatiti jedino u slučajevima kada od korisnika nije moguće dobiti pismeni pristanak.

Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.

Porazgovarao sam s pacijentom/pacijentovim ovlaštenim zastupnikom kako i zašto se određene informacije mogu razamijeniti s drugim službama. Dovoljno sam siguran 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: _____

(djelatnik/rel. stručnjak)

Signed: _____

(Worker/Practitioner)

Datum: dan/mj/godina / / _____

Dated: dd/mm/yyyy / / _____

Ime djelatnika/liječnika ili nekog drugog stručnjaka: _____

Worker/Practitioner Name: _____

Položaj: _____

Position: _____

Kako bi se uvjerio da je korisnik/korisnikov ovlašteni zastupnik u stanju donijeti informiranu odluku o razmjeni podataka, kao što je gore navedeno, djelatnik/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 korisnikovi podaci biti razmijenjeni s ovim službama/agencijama jedino ukoliko se korisnik s time 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 upute)
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: _____