

# Consumer Consent to Share Information

## Toestemmingsformulier patiënt voor doorgifte van gegevens

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

Ter registratie van vrijwillig gegeven, geïnformeerde toestemming van de patiënt voor het delen van zijn/haar gegevens met bepaalde instellingen en voor bepaalde doeleinden.

### Consumer

#### Patiënt

Name:

Naam:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Geboortedatum: dd/mm/jjjj / /

Sex:

M/V:

UR Number:

UR Nummer:

or affix label here

of bevestig label hier

## Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

### Deel 1: Voorgestelde gebruikmaking en doorgifte van gegevens

Service Type Soort zorgverlening Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant Bijvoorbeeld: – Fysiotherapie – Medisch specialist	Name of Agency Naam zorgverlenende instelling Examples: – Any agency – Nominated clinic Bijvoorbeeld: – Een instelling – Voorgestelde kliniek	Type of Information <i>(including limits as applicable)</i> Soort gegevens <i>(eventuele beperkingen inbegrepen)</i> Examples: – All relevant information – Test results only Bijvoorbeeld: – Alle relevante informatie – Uitsluitend onderzoeksresultaten	Purpose/s Doel(en) Examples: – Referral – Care coordination Bijvoorbeeld: – Verwijzing – Zorgcoördinatie

Consumer Consent to Share Information

## Section 2: Record of Consumer Consent Deel 2: Registratie toestemming patiënt

2(a) Written Consumer Consent Or  
2(a) Schriftelijke toestemming van patiënt Of

*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.*

*Mijn hulpverlener/arts heeft met mij besproken hoe en waarom bepaalde gegevens over mijzelf eventueel met andere zorgverlenende instellingen gedeeld worden. Ik verklaar hierbij dit te begrijpen en geef mijn toestemming voor doorgifte van deze gegevens zoals hierboven uiteengezet.*

Signed: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_

Datum: dd/mm/jjjj / / \_\_\_\_\_

Signed by: \_\_\_\_\_

Ondertekend door:

Consumer OR

Patiënt OF

Authorised representative on behalf of:

Gemachtigde vertegenwoordiger:

\_\_\_\_\_  
(Consumer)

\_\_\_\_\_  
(Patiënt)

**Witnessed by:**  
**In het bijzijn/aanwezigheid van:**

Signed: \_\_\_\_\_  
(Worker/Practitioner)

Handtekening: \_\_\_\_\_  
(hulpverlener/arts)

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_

Datum: dd/mm/jjjj / / \_\_\_\_\_

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_

Naam hulpverlener/arts: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

2(b) Verbal Consumer Consent  
2(b) Mondelinge toestemming van patiënt

Worker/Practitioner Use Only

Uitsluitend in te vullen door hulpverlener/arts

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

Mondelinge toestemming dient alleen in die gevallen gebruikt te worden waarbij het praktisch gezien niet mogelijk is schriftelijke toestemming te verkrijgen.

*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.*

*Ik heb met de patiënt of diens gemachtigde vertegenwoordiger besproken hoe en waarom bepaalde gegevens eventueel met andere zorgverlenende instellingen gedeeld worden. Ik ben er van overtuigd dat de patiënt of diens gemachtigde vertegenwoordiger dit heeft begrepen en bewust toestemming heeft gegeven voor doorgifte van gegevens zoals hierboven uiteengezet.*

Signed: \_\_\_\_\_  
(Worker/Practitioner)

Handtekening: \_\_\_\_\_  
(hulpverlener/arts)

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_

Datum: dd/mm/jjjj / / \_\_\_\_\_

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_

Naam hulpverlener/arts: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

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)

Om er zeker van te zijn dat de patiënt of diens gemachtigde vertegenwoordiger goed geïnformeerd een beslissing kan maken over het toestemming geven voor doorgifte van zijn/haar gegevens, dient de hulpverlener/arts: (aankruisen waaraan voldaan is)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. De voorgestelde doorgifte van gegevens aan andere zorgverlenende instellingen met de patiënt te bespreken
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
2. Uit te leggen dat patiëntengegevens alleen met deze instellingen worden gedeeld als de patiënt hier toestemming voor heeft gegeven en, in geval van doorverwijzing, aan te geven dat de patiënt nog steeds voor behandeling doorverwezen kan worden als hij/zij geen toestemming geeft voor doorgifte van zijn/haar gegevens
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
3. De patiënt van informatie te voorzien over privacy, bijvoorbeeld de brochure 'Uw gegevens – Ze zijn privé'
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed
4. De patiënt op diens verzoek een kopie van dit formulier te geven nadat het compleet ingevuld is (raadpleeg de richtlijnen)

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: