

Consumer Consent to Share Information

Συγκατάθεση Πελάτη για Διανομή Πληροφοριών

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

Για την καταγραφή της ευσυνείδητα παρεχόμενης συγκατάθεσης του πελάτη· για την διανομή των πληροφοριών αυτών σε συγκεκριμένες υπηρεσίες και για ειδικούς σκοπούς.

Consumer

Πελάτης

Name:

Όνομα:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Ημερ. γέννησης: ηη/μμ/εεεε / /

Sex:

Φύλο:

UR Number:

Αριθμός UR:

or affix label here
ή κολλήστε ετικέτα εδώ

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Τμήμα 1· Προτεινόμενες Χρήσεις και Αποκαλύψεις Πληροφοριών

Service Type Είδος Υπηρεσίας Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant Παραδείγματα: – Φυσιοθεραπεία – Γνωμάτευση Ειδικού	Name of Agency Όνομα Υπηρεσίας Examples: – Any agency – Nominated clinic Παραδείγματα: – Οποιαδήποτε υπηρεσία – Κλινική προτίμησης	Type of Information (including limits as applicable) Είδος Πληροφοριών (συμπεριλαμβάνει όρια όπως ισχύει) Examples: – All relevant information – Test results only Παραδείγματα: – Όλες οι σχετικές πληροφορίες – Αποτελέσματα εξετάσεων μόνο	Purpose/s Σκοπός/οι Examples: – Referral – Care coordination Παραδείγματα: – Παραπομπή – Συντονισμός Περιθαλψης

Section 2: Record of Consumer Consent Τμήμα 2· Καταγραφή συγκατάθεσης πελάτη

2(a) Written Consumer Consent Or
2(a) Γραπτή Συγκατάθεση Πελάτη ή

My 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 n for the information to be shared as detailed above.

Ο υπάλληλος/ιατρός μου έχει συζητήσει μαζί μου πώς και γιατί μπορεί να υπάρχει ανάγκη συγκεκριμένες πληροφορίες για το άτομό μου να διανεμηθεί σε άλλους παροχείς πληροφοριών. Καταλαβαίνω τις προτάσεις και δίνω την ευσυνείδητα συγκατάθεσή μου για την ως άνω διανομή των πληροφοριών για το άτομό μου.

Signed: _____

Υπογραφή: _____

Dated: dd/mm/yyyy / / _____

Ημερομηνία: ηη/μμ/εεεε / / _____

Signed by: _____

Υπογραφή από ·

Consumer OR

Πελάτη Ή

Authorised representative on behalf of:

Εξουσιοδοτημένου Αντιπροσώπου εκ μέρους του:

(Consumer)

(Καταναλωτής)

Witnessed by:

Μάρτυρας:

Signed: _____

Υπογραφή: _____

(Worker/Practitioner)

(Υπάλληλος-ιατρός)

Dated: dd/mm/yyyy / / _____

Ημερομηνία: ηη/μμ/εεεε / / _____

Worker/Practitioner Name: _____

Όνομα υπαλλήλου/ιατρού: _____

Position: _____

Θέση: _____

2(b) Verbal Consumer Consent
2(b) Προφορική Συγκατάθεση Καταναλωτή

Worker/Practitioner Use Only

Για χρήση του υπαλλήλου/ιατρού μόνο

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

Προφορική συγκατάθεση ισχύει μόνο εφόσον η γραπτή συγκατάθεση δεν είναι εφικτή.

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.

Εχω συζητήσει με τον πελάτη/ες ή με εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπό τους πώς και γιατί συγκεκριμένες πληροφορίες ενδέχεται να διανεμηθούν σε άλλους παροχείς υπηρεσιών. Είμαι της γνώμης ότι ο πελάτης καταλαβαίνει και ότι έχει δώσει ευσυνείδητα την συγκατάθεσή του ως προς τα παραπάνω αναφερθέντα.

Signed: _____

Υπογραφή: _____

(Worker/Practitioner)

(Υπάλληλος-ιατρός)

Dated: dd/mm/yyyy / / _____

Ημερομηνία: ηη/μμ/εεεε / / _____

Worker/Practitioner Name: _____

Όνομα υπαλλήλου/ιατρού: _____

Position: _____

Θέση: _____

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)

- Για να εξασφαλίσετε ότι ο εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος του πελάτη/των πελατών μπορεί να πάρει μια ευσυνείδητη απόφαση για τη συγκατάθεσή του για τη διανομή των πληροφοριών, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο υπάλληλος/ιατρός πρέπει· (σημειώστε αφού πραγματοποιηθεί)
1. Discuss with the consumer the proposed referral to other services/agencies
 1. Να συζητήσει με τον πελάτη για την προτεινόμενη παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες
 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 the referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
 2. Να εξηγήσει ότι οι πληροφορίες του πελάτη θα διανεμηθούν μόνο στις υπηρεσίες/πρακτορεία αυτές υπό τον όρο ότι ο πελάτης έχει συμφωνήσει και, όταν αναφερθεί, τον ειδοποιήσει ότι οι πληροφορίες μπορούν να διανεμηθούν ακόμα και αν ο πελάτης δεν θέλει τη διανομή των πληροφοριών αυτών.
 3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
 3. Να παρέχει στον πελάτη πληροφορίες για την εχεμύθεια, π.χ. το φυλλάδιο 'Your Information – It's Private'.
 4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed
 4. Να παρέχει στον πελάτη αντίγραφο του έντυπου αυτού αν το ζητήσει (δείτε γενικές οδηγίες) αφού συμπληρωθεί.

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: _____