

Autorizzazione dell'utente al rilascio delle informazioni

Consumer Consent to Share Information

Per registrare l'autorizzazione espressamente rilasciata dall'utente informato affinché le informazioni riguardanti tale utente possano essere condivise con una o più agenzie specifiche per uno o più scopi finalizzati.

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

Utente

Consumer

Nome e cognome:

Name:

Data di nascita: giorno/mese/anno / /

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Sesso:

Sex:

Numero paziente:

UR Number:

Oppure incollare qui l'etichetta
or affix label here

Sezione 1: Tipologie d'uso e di rilascio di informazioni ad altre agenzie

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Tipo di servizio Service Type Esempi: – Fisioterapia – Specialista Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Nome dell'agenzia Name of Agency Esempi: – Qualsiasi agenzia – Clinica specifica Examples: – Any agency – Nominated clinic	Tipo d'informazione <i>(includere le limitazioni ove sia il caso)</i> Type of Information <i>(including limits as applicable)</i> Esempi: – Tutte le informazioni pertinenti – Soltanto i risultati delle analisi Examples: – All relevant information – Test results only	Scopo/i Purpose/s Esempi: – Riferimento ad altri servizi – Coordinazione dell'assistenza Examples: – Referral – Care coordination

Consumer Consent to Share Information

Sezione 2: Registrazione dell'autorizzazione dell'utente Section 2: Record of Consumer Consent

2(a) Autorizzazione scritta dell'utente oppure
2(a) Written Consumer Consent Or

L'assistente sociale/professionista che mi ha in cura ha discusso con me come e perché certe informazioni che mi riguardano potrebbero dover essere condivise con erogatori di altri servizi. Capisco questo e do il mio consenso informato per il rilascio delle informazioni nella forma e nei dettagli riportati sopra.
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.

Firma: _____

Signed: _____

Datato: giorno/mese/anno / /

Dated: dd/mm/yyyy / /

Firmato da:
Signed by:

L'utente OPPURE
 Consumer OR
 Un suo rappresentante autorizzato:
 Authorised representative on behalf of:

(Utente)

(Consumer)

Testimoniato da:
Witnessed by:

Firma: _____
(Assistente sociale/Professionista sanitario)

Signed: _____
(Worker/Practitioner)

Datato: giorno/mese/anno / /

Dated: dd/mm/yyyy / /

Nome e cognome dell'assistente sociale/professionista sanitario:
Worker/Practitioner Name: _____

Posizione occupata: _____
Position: _____

2(b) Autorizzazione verbale dell'utente
2(b) Verbal Consumer Consent

Ad uso esclusivo dell'assistente sociale/professionista sanitario
Worker/Practitioner Use Only

Si usi l'autorizzazione verbale solo nei casi in cui non è fattibile ottenere un'autorizzazione scritta.
Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.

Ho discusso con l'utente o un suo rappresentante autorizzato come e perché certe informazioni potrebbero essere condivise con gli erogatori di altri servizi e sono convinto/a che questo è stato compreso e che il consenso informato è stato dato per il rilascio delle informazioni nella forma e nei dettagli riportati sopra.
I have discussed with the consumer or 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.

Firma: _____
(Assistente sociale/Professionista sanitario)

Signed: _____
(Worker/Practitioner)

Datato: giorno/mese/anno / /

Dated: dd/mm/yyyy / /

Nome e cognome dell'assistente sociale/professionista sanitario:
Worker/Practitioner Name: _____

Posizione occupata: _____
Position: _____

Affinché l'utente/autorizzato rappresentante dell'utente possa prendere una decisione informata circa il consenso al rilascio delle proprie informazioni come specificato sopra, l'assistente sociale/professionista sanitario dovrebbe: (spuntare la casella corrispondente)

- To ensure the consumer/consumer's authorised representative is able to make an informed decision about consent to the disclosure of their information as detailed above, the worker/practitioner should: (tick when completed)
1. Discutere con l'utente la possibilità di essere indirizzato ad altri servizi/altre agenzie
 1. Discuss with the consumer the proposed referral to other services/agencies
 2. Spiegare che le informazioni riguardanti l'utente saranno condivise con questi servizi/agenzie soltanto dopo aver ricevuto la sua autorizzazione e spiegare che, in caso di riferimento ad altri servizi/agenzie, detto riferimento può essere fatto lo stesso anche se l'utente non dovesse autorizzare il rilascio delle proprie informazioni
 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
 3. Fornire all'utente le informazioni sulla privacy, come per esempio l'opuscolo "Le Sue informazioni – Sono una faccenda privata"
 3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
 4. Dietro richiesta (vedi istruzioni) fornire all'utente una copia del presente modulo una volta compilato
 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: _____