

Consumer Consent to Share Information

Patērētāja Atļauja Dalīties Informācijā

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

Brīvi ierakstīt doto informēta patērētāja atļauju Dalīties informācijā ar noteikto aģentūru/ām speciāliem nolūkiem.

Consumer
Patērētājs

Name:

Uzvārds:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Dzimšanas datums: dd/mm/gggg / /

Sex:

Dzimums:

UR Number:

UR Numurs:

or affix label here
Jeb piestiprini zīmotni šeit

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Sekcija 1: Ierosinātās Informācijas Lietošana un Atklāšana

Service Type Pakalpojuma Tips	Name of Agency Aģentūras Vārds	Type of Information (including limits as applicable) Informācijas Tips	Purpose/s Nolūks/i
Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant Piemēri: – Fizioterāpija – Speciālista izmeklēšana	Examples: – Any Agency – Nominated clinic Piemēri: – Jebkura aģentūra – Norādītā klinika	Examples: – All relevant information – Test results only Piemēri: – Visa Atiecīgā informācija – Tikai Pārbaudes rezultāti	Examples: – Referral – Care coordination Piemēri: – Pieprasījumi – Aprūpes šaskaņošana

Consumer Consent to Share Information

Sekcija 2: Patērētāja Atļaujas Pieraksts Section 2: Record of Consumer Consent

2(a) Written Consumer Consent Or
2(a) Patērētāja Rakstiska Atļauja Job

2(b) Verbal Consumer Consent
2(b) Patērētāja Mutiska Atļauja

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.

Darbinieks/praktikants pārrunāja ar mani kā un kādēļ zināma informācija par mani var tikt pielietota ar citu pakalpojumu sniedzējiem. Es to saprotu un piekrītu dalīties šinī informācijā citiem sniedzējiem kā izskaidrots augšminētajā tekstā.

Signed: _____
Paraksts: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /
Datums: dd/mm/gggg / /

Signed by:
Parakstītājs:
 Consumer OR
 Patērētājs JEB
 Authorised representative on behalf of:
 Autorizēts pārstāvis šai personai:

(Consumer)

(Patērētājs)

Witnessed by:
Liecinieks:

Signed: _____
(Worker/Practitioner)

Parakstītājs: _____
(Darītājs/Praktikants)

Dated: dd/mm/yyyy / /
Datums: dd/mm/gggg / /

Worker/Practitioner Name:
Darītāja /Praktikanta vārds: _____
Position: _____
Stāvoklis: _____

Worker/Practitioner Use Only
Tikai darītāja/praktikanta lietošanai
Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.
Mutisku piekrišanu var lietot tikai gadījumā ja praktiski nav iespējams iegūt rakstisku piekrišanu.
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.
Es esmu pārrunājis ar pacientu/pacienta autorizētu pārstāvi kā un kādēļ zināma informāciju var dalīties ar citu pakalpojumu sniedzējiem. Es esmu apmierināts ka tas ir saprasts un ka informēta piekrišana dalīties informācijā kā aprakstīts iepriekš, ir dota.

Signed: _____
(Worker/Practitioner)

Parakstītājs: _____
(Darītājs/Praktikants)

Dated: dd/mm/yyyy / /
Datums: dd/mm/gggg / /

Worker/Practitioner Name:
Darītāja /Praktikanta vārds: _____
Position: _____
Stāvoklis: _____

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)

Lai nodrošinātu patērētāja/patērētājas autorizētais pārstāvis varētu izdarīt saprotošu slēdzienu par atļauju dalīties informācijā kā norādīts iepriekš, darbiniekam/praktikantam vajaga: (atzīmē kad pabeigts)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Pārrunāt ar patērētāju ierosināto dalīšanos infomācijā ar citām pakalpotājām/aģentūrām
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. Izskaidro ka patērētāja informācija tiks izsniegta tikai tām aģentūrām kurām patērētājs ir devis atļauju un, kad atsaucies, norādi ka atsauksme par pakalpojumu var dot arī tad ja patērētājs nevēlas informāciju izpaust
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
3. Apgādā patērētāju ar informāciju par privāto informāciju kā brošūrā 'Your Information – It's Private'
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed
4. Apgādā patērētāju ar šīs formas kopiju ja to pieprasa (Skati vadlīnijas) kad pabeigts

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: