

服務使用者 資料共用同意書

Consumer Consent to Share Information

記錄服務使用者自主向特定機構提供用於特定目的的資料共用知情同意書。

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

服務使用者

Consumer

姓名：

Name:

出生日期：日/月/年 / /

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

性別：

Sex:

UR號：

UR Number:

或在此貼上標籤
or affix label here

第一部分：擬議資料的使用和披露

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

服務類型 Service Type 例如： - 物理療法 - 專家診療 Examples: - Physiotherapy - Specialist consultant	機構名稱 Name of Agency 例如： - 任何機構 - 指定診所 Examples: - Any agency - Nominated clinic	資料類型 (可包括相關情況的限制條件) Type of Information (including limits as applicable) 例如： - 所有相關資料 - 僅限於測試結果 Examples: - All relevant information - Test results only	目的 Purpose/s 例如： - 轉介 - 護理協調 Examples: - Referral - Care coordination

Consumer Consent to Share Information

第二部分：服務使用者同意書記錄 Section 2: Record of Consumer Consent

2(a) 服務使用者書面同意書 或
2(a) Written Consumer Consent Or

我的護理工作者/醫師已和我就為何及如何向其他服務機構共用有關本人的特定資料做過討論。我清楚這些推薦意見，並知情同意共用上述資料。

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.

簽字：
Signed:

日期：日/月/年 / /
Dated: dd/mm/yyyy / /

簽字：
Signed by:

服務使用者 或
 Consumer OR
 授權代表以下人士：
 Authorised representative on behalf of:

(服務使用者)
(Consumer)

見證人：
Witnessed by:

簽名：
(護理工作者/醫師)
Signed:
(Worker/Practitioner)

日期：日/月/年 / /
Dated: dd/mm/yyyy / /

護理工作者/醫師姓名：
Worker/Practitioner Name:

職務：
Position:

2(b) 口頭同意書
2(b) Verbal Consumer Consent

僅限護理工作者/醫師使用
Worker/Practitioner Use Only

口頭同意書僅在無法獲取書面同意書時方可使用。
Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.

我已和服務使用者/其授權代表討論過，某些資料如何、為何與其他服務機構共用。我確信相關人士對此已經明白，而且已經在此就上述資料共用事宜提供了知情同意。

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.

簽名：
(護理工作者/醫師)
Signed:
(Worker/Practitioner)

日期：日/月/年 / /
Dated: dd/mm/yyyy / /

護理工作者/醫師姓名：
Worker/Practitioner Name:

職務：
Position:

為確保服務使用者/服務使用者授權代表能夠對是否同意上述共用資料做出知情決定，護理工作者/醫師應：（完成後請打勾）

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. 與服務使用者討論轉介至其他服務/機構的建議
1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
2. 向服務使用者解釋說明，其資料僅披露給服務使用者同意的服務/機構，並說明即使其不希望披露資料，但仍可繼續獲得轉介服務
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. 為服務使用者提供有關隱私權的資料，如《您的資料——全屬隱私》手冊
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
4. 填寫完畢後，根據服務使用者的要求，向其提供一份
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: