

## موافقة المستهلك

## Consumer Consent

على استخدام معين للمعلومات / الإفصاح عنها

To specified use / disclosure of information

تفاصيل الاتصال بالوكالة  
Agency Contact Details

(ضع علامة الشطب عند إتمامها ✓) للتأكد من أن المستهلك قادر على اتخاذ قرار مطلع بشأن الموافقة على الإفصاح عن معلوماته، ينبغي على الأخصائي أن:

To ensure the consumer is able to make an informed decision about consent to the disclosure of their information, the practitioner should:

(✓ tick when completed)

(١) يناقش مع المستهلك الإحالة المقترحة إلى الخدمات / الوكالات الأخرى

1. Discuss with the consumer the proposed referral to other services/agencies \_\_\_\_\_ 

(٢) يشرح بأن معلومات المستهلك لن يتم إعطاؤها إلى تلك الخدمات إلا إذا وافق المستهلك، وينصحه بأن يظل الشروع في الإحالة إلى الخدمة يمكن أن يظل وارداً إذا لم يشأ المستهلك أن يتم الإفصاح عن المعلومات.

2. Explain that the consumer's information will only be released to these services if the consumer has agreed and advise that the referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed \_\_\_\_\_ 

(٣) يعطي المستهلك المعلومات عن الخصوصية، مثل منشور "معلوماتك - إنها خاصة"

3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure *Your Information—It's Private* \_\_\_\_\_ 

(٤) يعطي المستهلك نسخة عن هذا النموذج، عند إتمام تعبئته.

4. Provide the consumer with a copy of this form, once completed \_\_\_\_\_ 

## الجزء ١: الأوجه المقترحة لاستخدام المعلومات والإفصاح عنها

## Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

يوصى بالخدمة أو الخدمات الآتية. ويوصى أيضاً بأن يتم توجيه المعلومات ذات الصلة إلى الوكالة أو الوكالات التي تؤمن هذه الخدمات لكي يحصل المستهلكون على أفضل رعاية ممكنة.

The following service(s) are recommended. It is also recommended that relevant information is forwarded to the agency(s) that provide these services, in order that consumers receive the best possible care.

نوع الخدمة مثلاً: - العلاج الطبيعي - استشاري متخصص Type of Service Examples: - Physiotherapy - Specialist consultant	اسم الوكالة مثلاً: - أي وكالة - عيادة معينة Name of Agency Examples: - Any agency - Nominated clinic	نوع المعلومات (بما فيها الحدود السارية) مثلاً: - جميع المعلومات ذات الصلة - نتائج الفحوص فقط Type of Information (including limits as applicable) Examples: - All relevant information - Test results only

الجزء ٢: سجل موافقة المستهلك

Section 2: Record of Consumer Consent

٢(أ) موافقة خطية من المستهلك

أو

٢(ب) موافقة شفهية

2(A) Written Consumer Consent

Or

2(B) Verbal Consent

2(a)

لقد ناقش الأخصائي معي كيف ومتى ولماذا قد تدعو الحاجة إلى توفير بعض المعلومات عني إلى الوكالات الأخرى.

*My practitioner has discussed with me how, when and why certain information about me may need to be provided to other agencies.*

أفهم التوصيات وأعطي الإذن بأن تتم مشاركة المعلومات كما تم تفصيله أعلاه.  
*I understand the recommendations and I give my permission for the information to be shared as detailed above.*

التوقيع:

التاريخ:

Signed:

Date:

(المستهلك أو الممثل المفوض)  
(Consumer OR Authorised Representative)

اسم المستهلك:

Consumer Name:

الشاهد:

Witnessed:

اسم الأخصائي:

Practitioner Name:

(الأخصائي)  
(Practitioner)

دوره:

Role:

2(b)

لاستعمال الأخصائي فقط

يجب استخدام الموافقة الشفهية فقط عندما يتعذر الحصول على موافقة خطية.

Practitioner Use Only

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

لقد ناقشت الإحالات المقترحة مع المستهلك. وأنا راض بأن المستهلك يفهم الأوجه المقترحة للاستعمال والإفصاح وقد أدلى بموافقته المطلعة عليها.

*I have discussed the proposed referrals with the consumer. I am satisfied that the consumer understands the proposed uses and disclosures, and has provided their informed consent to these.*

التوقيع:

التاريخ:

Signed:

Date:

(الأخصائي)  
(Practitioner)

اسم الأخصائي:

Practitioner Name:

دوره:

Role:

Department of Human Services

1620402A



Office Use Only: If information becomes superseded, indicate below and record updated information on a new form

The information of this form has been superseded

Date:

Name:

Sign: