

Consumer Consent

Pismeni pristanak

To specified use / disclosure of information
Na korištenje/pružanje osobnih podataka u specifične svrhe

Agency Contact Details
Kontakt-pojedinosti o zdravstvenoj službi

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)

Da bi se uvjerio da je korisnik/pacijent u stanju donijeti informiranu odluku o pružanju njegovih podataka drugim zdravstvenim službama, relevantni stručnjak bi trebao:

(✓ kada ispunite rubriku, označite kvadratić)

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

1. Porazgovarati sa korisnikom/pacijentom o preporuci da ga se uputi drugim zdravstvenim službama: _____

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

2. Obavijestiti korisnika/pacijenta da će se njegovi osobni podaci ponuditi na korištenje drugim službama jedino ukoliko se on s time složi i da će mu potrebne usluge biti osigurane čak i ukoliko odbije dati pristanak. _____

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

3. Korisniku ponuditi brošuru s informacijama o pravu na privatnost, poput brošure pod nazivom "Vaši osobni podaci su vaša privatna stvar" (*Your Information—It's Private*) _____

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

4. Dati korisniku/pacijentu kopiju ispunjenog dokumenta _____

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

1. dio: Korištenje i davanje osobnih podataka

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.

Preporučaju vam se označene zdravstvene usluge. Preporučljivo je da zdravstvene službe koje vam mogu ponuditi takve usluge, dobiju sve potrebne podatke o vama, kako bi vam se mogla osigurati najbolja moguća njega.

Type of Service Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Name of Agency Examples: – Any agency – Nominated clinic	Type of Information (<i>including limits as applicable</i>) Examples: – All relevant information – Test results only
Vrsta usluge npr: – fizioterapija – konzultacija sa specijalistom	Naziv zdravstvene službe npr: – bilo koja zdravstvena služba – nominirana klinika	Vrsta podataka (<i>uključujući i eventualna ograničenja</i>) npr: – sve relevantne informacije – rezultati dijagnostičkih testova

Section 2: Record of Consumer Consent

2. dio: Potvrda korisnikovog/pacijentovog pristanka

2(A) Written Consumer Consent

Or

2(B) Verbal Consent

2(A) Pismeni pristanak

ili

2(B) Usmeni pristanak

2(a)

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

Liječnik mi je objasnio kako, kada i zašto je potrebno da se moji osobni podaci ponude na uvid i korištenje drugim relevantnim službama.

I understand the recommendations and I give my permission for the information to be shared as detailed above.

Razumio sam preporuke i ovim dajem svoj pismeni pristanak na slanje mojih osobnih podataka drugim službama, kako je gore navedeno.

Signed:

Date:

Potpis:

Datum:

(Consumer OR Authorised Representative)
(korisnik/pacijent ili opunomoćenik)

Consumer Name:

Ime korisnika/pacijenta:

Witnessed:

Svjedok:

(Practitioner)
(liječnik/rel. stručnjak)

Practitioner Name:

Ime liječnika:

Role:

Uloga:

2(b)

Practitioner Use Only

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

Potpis stručnjaka

Usmeni pristanak potrebno je prihvatiti jedino u slučajevima kada od korisnika nije moguće dobiti pismeni pristanak.

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.

Porazgovarao sam sa pacijentom o potrebi da ga se uputi u drugu zdravstvenu službu. Dovoljno sam siguran da pacijent razumije razloge zbog kojih je potrebno da se njegovi osobni podaci ponude drugoj službi, na što je pristao.

Signed:

Date:

Potpis:

Datum:

(Practitioner)
(liječnik/rel. stručnjak)

Practitioner Name:

Ime liječnika:

Role:

Uloga:



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: