

## Asiakkaan suostumus Consumer Consent

Määriteltyyn käyttöön / tietojen antamiseen  
To specified use / disclosure of information

Viraston yhteystiedot  
Agency Contact Details

Varmistaakseen, että asiakas pystyy tekemään tietoon perustuvan päätöksen suostumuksestaan tietojen antamiseen, ammatinharjoittajan tulisi:

(✓ merkitse, kun tehty)

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)

1. Keskustella asiakkaan kanssa ehdotetusta läheteestä muihin palveluihin/virastoihin

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

2. Selittää, että asiakkaan tietoja annetaan näille palveluille vain, jos asiakas on siihen suostunut, ja kertoa, että lähete palveluun voidaan antaa siitä huolimatta, että asiakas ei halua antaa tietojään

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 \_\_\_\_\_

3. Antaa asiakkaalle tietoa yksityisyyden suojasta, kuten esite *Your Information—It's Private (Tietosi ovat luottamuksellisia)*

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

4. Antaa asiakkaalle kopio tästä kaavakkeesta, kun se on täytetty

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

### Osio 1: Ehdotus tietojen käytöstä ja paljastuksesta Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Seuraavia palveluja on suositeltu. Parhaan mahdollisen hoidon takaamiseksi suositellaan myös asiaankuuluvien tietojen lähettämistä palveluja tarjoaville virastoille.

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.

Palvelutyyppe Esimerkkejä: – Fysioterapia – Erikoislääkäri Type of Service Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Viraston nimi Esimerkkejä: – mikä tahansa virasto – nimetty klinikka Name of Agency Examples: – Any agency – Nominated clinic	Tietotyyppi (mukaanlukien mahdolliset rajoitukset) Esimerkkejä: – Kaikki asiaankuuluvat tiedot – vain koetulokset Type of Information (including limits as applicable) Examples: – All relevant information – Test results only

## Osio 2: Asiakkaan suostumus kirjattuna Section 2: Record of Consumer Consent

2(A) Asiakkaan kirjallinen suostumus tai  
2(A) Written Consumer Consent Or

2(B) suullinen suostumus  
2(B) Verbal Consent

2(a)  
*Ammatinharjoittaja on keskustellut kanssani siitä, miten, milloin ja miksi määrättyjä tietojani saatetaan joutua antamaan muille virastoille.*

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

*Ymmärrän suositukset ja annan luvan tietojeni antamiseen yllä olevien ehtojen mukaisesti.*

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

Allekirjoitus:  
Signed:

Päiväys:  
Date:

(Asiakas TAI hänen laillinen edustajansa)  
(Consumer OR Authorised Representative)

Asiakkaan nimi:  
Consumer Name:

Todistaja:  
Witnessed:

Ammatinharjoittajan nimi:  
Practitioner Name:

(Ammatinharjoittaja)  
(Practitioner)

Rooli:  
Role:

2(b)

Vain ammatinharjoittajan käyttöön  
Suullista suostumusta käytetään vain, jos ei voida hankkia kirjallista suostumusta.

Practitioner Use Only

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

*Olen keskustellut ehdotetuista läheteistä asiakkaan kanssa. Mielestäni asiakas ymmärtää, mihin tietoja on ehdotettu käytettäväksi ja annettavaksi ja on antanut tietoon perustuvan suostumuksensa näihin.*

*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.*

Allekirjoitus:  
Signed:

Päiväys:  
Date:

(Ammatinharjoittaja)  
(Practitioner)

Ammatinharjoittajan nimi:  
Practitioner Name:

Rooli:  
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: