

Consumer Consent Einverständniserklärung des Patienten

To specified use / disclosure of information
Benutzung / Weitergabe von Patientendaten

Agency Contact Details
Kontaktinformationen der behandelnden Dienstleistungsstelle

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)

Um sicherzustellen, dass der Patient in der Lage ist eine informierte Entscheidung über seine Einwilligung bezüglich der Weitergabe seiner Patientendaten zu machen, sollte der Behandelnde den folgenden Punkten nachkommen:

(bitte ankreuzen, wenn durchgeführt)

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

1. Besprechen Sie mit dem Patienten die empfohlene Überweisung an andere Dienstleistungsstellen _____

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. Informieren Sie den Patienten darüber, dass seine Patientendaten nur mit seiner Zustimmung weitergeben werden können, und dass er an andere Dienstleistungsstellen auch dann überwiesen werden kann, wenn er der Weitergabe seiner Patientendaten nicht zustimmt _____

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

3. Geben Sie dem Patienten Information über den Datenschutz, zum Beispiel das Merkblatt "Ihre Patienten Information und Datenschutz". _____

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

4. Geben Sie dem Patienten eine Kopie des ausgefüllten Formulars _____

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Teil 1: Empfohlene Weitergabe/Nutzung der Patienteninformation

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.

Die nachstehen Dienstleistungen/Behandlungen werden empfohlen. Gleichzeitig wird empfohlen, dass sachdienliche Informationen an diese Dienstleistungsstelle/n weitergeleitet werden, um die bestmögliche Pflege für den Patienten sicherzustellen.

Type of Service Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Name of Agency Examples: – Any agency – Nominated clinic	Type of Information (including limits as applicable) Examples: – All relevant information – Test results only
Art der Dienstleistung/ Behandlung zum Beispiel: – Physiotherapie – Spezialist	Name der Dienstleistungsstelle zum Beispiel: – andere Dienstleistungsstelle – nominierte Klinik	Art der Information (einschließlich in Frage kommender Beschränkungen) zum Beispiel: – alle sachdienliche Information – Nur Testergebnisse

Section 2: Record of Consumer Consent Teil 2: Nachweis der Einverständniserklärung

2(A) Written Consumer Consent Or

2(A) Schriftliche Einverständniserklärung oder

2(B) Verbal Consent

2(B) mündliche Einverständniserklärung

2(a)

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

Ich bin darüber aufgeklärt worden warum, wann and wie gewisse Information über mich an eine andere Dienstleistungsstelle weitergeleitet wird, sollte dies erforderlich sein.

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

Ich verstehe die Empfehlungen und erkläre mich damit einverstanden, dass andere an meiner Behandlung beteiligten Dienstleistungsstellen Einblick in meine Patientenakte nehmen können.

Signed:

Date:

Unterschrift:

Datum:

(Consumer OR Authorised Representative)
(Patient oder gesetzlicher Vertreter)

Consumer Name:

Name des Patienten:

Witnessed:

Zeuge:

(Practitioner)
(Behandelnder)

Practitioner Name:

Name des Behandelnden:

Role:

Funktion:

2(b)

Practitioner Use Only

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

Nur von dem Behandelnden auszufüllen

Eine mündliche Einverständniserklärung sollte nur dann akzeptiert werden, wenn es nicht möglich ist eine schriftliche Einverständniserklärung zu erhalten.

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.

Ich habe die empfohlenen Überweisungen mit dem Patienten besprochen. Ich habe mich davon überzeugt, dass der Patient die empfohlene Benutzung und Weitergabe seiner Patientendaten versteht, und dass er damit einverstanden ist.

Signed:

Date:

Unterschrift:

Datum:

(Practitioner)
(Behandelnder)

Practitioner Name:

Name des Behandelnden:

Role:

Funktion:

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: