

Pakalpojuma saņēmēja piekrišana Consumer Consent

savu informāciju atklāšanai vai pārsūtīšanai specifiskajām vajadzībām
To specified use / disclosure of information

Iestādes koordināti
Agency Contact Details

Lai nodrošinātu Jūsu spējas informēti izvēlēties vai atļaut atklāt vai nē, informāciju par Jūsu stāvokli, pakalpojuma pasniedzējam ir jāīstojas sekojoši:

(✓ *Atzīmēt kad izpildīts*)

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*)

- Jāpārrunā ar pakalpojuma saņēmēju (klientu, pacientu) ieteikto informācijas pārsūtīšanu citām iestādēm vai pakalpojumu pasniedzējiem
1. Discuss with the consumer the proposed referral to other services/agencies
- Jāizskaidro, ka pakalpojuma saņēmēja informāciju atklās noteiktām iestādēm tikai ja pakalpojuma saņēmējs ir tam piekritis, kā arī paziņot ka klienta vai pacienta nosūtīšana (referral) citām iestādēm vēlprojām notiks arī ja nevēlās informāciju atklāt
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
- Jāpiedāvā pakalpojumu saņēmējam informāciju par privāto informācijas neaizskaramību, piemēram ar brošūru *Your Information – It's Private* [„Jūsu infomācija – privāta lieta”– angļu valodā]
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure *Your Information—It's Private*
- Jāizsniiedz pakalpojuma saņēmējam šīs anketes kopiju, kad tā izpildīta
4. Provide the consumer with a copy of this form, once completed

1. nodaļa Ieteiktās informācijas lietošana un atklāšana Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Iesakam sekojošus pakalpojumu(s). Iesakam arī saistīto informāciju pārsūtīt attiecīgajām iestādēm kas pasniedz šos pakalpojumus, lai pakalpojuma saņēmējs iegūtu pēc iespējas vislabāko aprūpi.

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.

Ieteiktie pakalpojumi Piemēram - fizioterāpija - speciālista konsultācija Type of Service Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Iestādes vārds Piemēram - Jebkura attiecīgā iestāde - specifiska klīnika Name of Agency Examples: – Any agency – Nominated clinic	Informācijas raksturs (<i>iesk. vajadzīgos ierobežojumus</i>) Piemēram - Visu attiecīgu infomāciju - Tikai analīzes rezultātus Type of Information (<i>including limits as applicable</i>) Examples: – All relevant information – Test results only

2. nodaļa: Pakalpojuma saņēmēja piekrišanas dokuments Section 2: Record of Consumer Consent

2(A) Rakstiska piekrišana
2(A) Written Consumer Consent

Vai
Or

2(B) Mutiska piekrišana
2(B) Verbal Consent

2(a)

Mans pakalpojuma pasniedzējs ir ar manīm pārrunājis kā, kad un kāpēc attiecīgā informācija par manīm būt jāatklāj citām iestādēm.

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

Saprotu šo ieteikumu, un piekrītu informācijas dalīšanai augšminētajā kārtā.

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

Paraksts: (Pasniedzēja saņēmējs vai pārstāvis)
Signed: (Consumer OR Authorised Representative)

Datums:
Date:

Pasniedzēja saņēmēja vārds:

Consumer Name:

(Pakalpojuma pasniedzējs)
(Practitioner)

Aculiecinieks:
Witnessed:

(Pakalpojuma pasniedzējs)
(Practitioner)

Pakalpojuma pasniedzēja vārds:
Practitioner Name:

Pasniedzēja nodarbošanās:
Role:

2(b)

Tikai pakalpojuma pasniedzējam
Mutiska piekrišana pieļaujama tikai, ja nav praktiskas iespējas iegūt rakstisku piekrišanu.

Practitioner Use Only

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

Esmu pārrunājis ieteiktos nosūtījumus (referrals) ar pakalpojuma saņēmēju. Esmu apmierināts, ka pakalpojuma saņēmējs/ēja saprot ieteikto informācijas atklāšanu un lietošanu, un ir devis/devusi tam savu informētu piekrišanu.

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.

Paraksts:
Signed:

Datums:
Date:

Pakalpojuma pasniedzēja vārds:
Practitioner Name:

Pasniedzēja nodarbošanās:
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: