

# Consumer Consent Согласност на корисникот

To specified use / disclosure of information  
За назначена употреба / Откривање на информации

Agency Contact Details  
Контактни поединости на агенцијата

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)

За да се осигура дека корисникот е способен да донесе информирана одлука во врска со согласноста за откривање на неговите информации, лекарот треба:

(✓ означете со знакот кога пополнувате)

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

1. Да разговара со корисникот за предложениот упат до други служби/агенции \_\_\_\_\_

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. Да објасни дека информациите на корисникот ќе им бидат дадени на тие служби само ако се согласил корисникот, и да го известат дека упатот до службата и натаму може да важи ако корисникот не сака информациите да бидат откриени \_\_\_\_\_

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

3. Да го известат корисникот за информациите за приватноста, како што е брошурата *Вашите информации се приватна работа (Your Information—It's Private)* \_\_\_\_\_

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

4. Да му даде на корисникот примерок од овој формулар откако ќе го пополни \_\_\_\_\_

## Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

### Дел 1: Намеравани употреби и откривања на информациите

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.

Се препорачуваат следните услуги. Исто така се препорачува соодветните информации да се испратат на агенцијата/агенциите што ги пружа тие услуги, за да ја добијат корисниците најдобрата можна нега.

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
Вид на услуга Примери: – Физиотерапија – Консултант специјалист	Име на агенцијата Примери: – Било која агенција – Назначена клиника	Вид на информации (и важечки ограничувања) Примери: – Сите важни информации – Само резултати од проверките

Section 2: Record of Consumer Consent  
Дел 2: Запис за согласноста на корисникот

2(A) Written Consumer Consent Or  
2(A) Писмена согласност на корисникот Или

2(B) Verbal Consent  
2(B) Усна согласност

2(a)  
*My practitioner has discussed with me how, when and why certain information about me may need to be provided to other agencies.*  
*Мојот лекар разговараше со мене за тоа како, кога и зошто некои информации за мене може ќе треба да им се дадат на други агенции.*

*I understand the recommendations and I give my permission for the information to be shared as detailed above.*  
*Ги разбираам препораките и давам дозвола информациите да бидат дадени како што е наведено горе.*

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Потпис: \_\_\_\_\_ Датум: \_\_\_\_\_

(Consumer OR Authorised Representative)  
(Корисник ИЛИ овластен застапник)

Consumer Name: \_\_\_\_\_  
Име на корисникот: \_\_\_\_\_

(Practitioner)  
(Лекар)

Witnessed: \_\_\_\_\_  
Сведок: \_\_\_\_\_

Practitioner Name: \_\_\_\_\_  
Име на лекарот: \_\_\_\_\_

Role: \_\_\_\_\_  
Улога: \_\_\_\_\_

2(b)  
Practitioner Use Only

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

Само за употреба на лекарот

Усна согласност треба да се користи само каде што не е можно да се добие писмена согласност.

*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.*

*Разговарав за предложените упати со корисникот. Задоволен сум со тоа како корисникот ги разбира предложените употреби и откривања, и даде информирана согласност за нив.*

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Потпис: \_\_\_\_\_ Датум: \_\_\_\_\_

(Practitioner)  
(Лекар)

Practitioner Name: \_\_\_\_\_  
Име на лекарот: \_\_\_\_\_

Role: \_\_\_\_\_  
Улога: \_\_\_\_\_