

Hizmet Alanın Onayı Consumer Consent

Bilgilerin belirli amaçlı kullanımı/açıklanması:
To specified use / disclosure of information

Kuruluşun Haberleşme Ayrıntıları
Agency Contact Details

Hizmet alan kişinin, kişisel bilgilerinin açıklanmasına onay verme konusunda bilinçli karar verebilmesini sağlamak için sağlık uzmanının aşağıda belirtilenleri yerine getirmesi gerekir:

Tamamlandıktan sonra
(✓) ile işaretleyiniz

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. Hizmet alan kişi ile diğer servislere/kuruluşlara sevk önerisini görüşme.

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

2. Hizmet alan kişinin kişisel bilgilerinin yalnızca kabul etmesi durumunda bu servislere verileceğini açıklama ve kişinin bilgilerin verilmesini istememesi durumunda da bu servise sevk işlemlerinin sürdürülebileceğini belirtme.

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. Hizmet alan kişiye gizlilik hakkında bilgi verme. Sözelimi; *Your Information—It's Private* broşürü gibi.

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

4. Form doldurulduktan sonra bir kopyasını hizmet alan kişiye verme.

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

Bölüm 1: Bilgilerin Kullanım ve Açıklanma Önerileri Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Aşağıdaki hizmet(ler) önerilmektedir. Ayrıca, kişinin en iyi bakım hizmetini alması için, ilgili bilgilerin bu hizmetleri sağlayan kuruluşa(lara) gönderilmesi de önerilmektedir.

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.

Hizmet Türü Örnekler : – Fizik Tedavi – Uzman Danışman Type of Service Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Kuruluşun Adı Örnekler: – Herhangi bir kuruluş – Belirlenmiş bir klinik Name of Agency Examples: – Any agency – Nominated clinic	Bilgi Türü (<i>uygun olduğunda kısıtlar dahil</i>) Örnekler: – Tüm ilgili bilgiler – Yalnızca test sonuçları Type of Information (<i>including limits as applicable</i>) Examples: – All relevant information – Test results only

Bölüm 2: Hizmet Alanın Onayının Kaydı Section 2: Record of Consumer Consent

2(A)Yazılı Onay

Ya da

2(B) Sözlü Onay

2(A) Written Consumer Consent

Or

2(B) Verbal Consent

2(a)

Bakımımı yürüten sağlık uzmanı, benimle ilgili belirli bilgilerin nasıl, ne zaman ve neden başka kuruluşlara verilmesi gerekebileceği konusunda benimle görüşmüştür.

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

Önerileri anladığımı ve bilgilerin yukarıda açıklandığı üzere paylaşılması için onay verdiğimi beyan ederim.

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

İmza:

Tarih:

Signed:

Date:

(Hizmet Alan Kişi YA DA Yetkili Temsilci)
(Consumer OR Authorised Representative)

Hizmet Alan Kişinin Adı ve Soyadı:
Consumer Name:

Tanık:
Witnessed:

Sağlık Uzmanının Adı ve Soyadı:
Practitioner Name:

(Sağlık Uzmanı)
(Practitioner)

Görev:
Role:

2(b)

Yalnızca Sağlık Uzmanı Kullanımı için

Sözlü onayın, yalnızca yazılı onayın alınmasının mümkün olmadığı durumlarda kullanılması gerekir.

Practitioner Use Only

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

Sevk önerilerini hizmet alan kişiyle görüşüm. Hizmet alan kişinin bilgi kullanım ve açıklanma önerilerini anladığı ve bu önerilere bilinçli onay verdiği konusunda ikna olduğumu beyan ederim.

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.

İmza:

Tarih:

Signed:

Date:

(Sağlık Uzmanı)
(Practitioner)

Sağlık Uzmanının Adı ve Soyadı:
Practitioner Name:

Görev:
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: