

Дозвіл Споживача Consumer Consent

Для устанавленого користування / розкриття інформації
To specified use / disclosure of information

Адреса і телефон організації
Agency Contact Details

Для того, щоб впевнитися, що споживач робить поінформоване рішення стосовно дозволу про розкриття інформації, практикуючий лікар повинний:

(✓ по закінченні,
поставте галочку)

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. Обговорити із споживачем запропоноване направлення до іншої служби/організації

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

2. Пояснити, що інформація споживача буде розкрита цим організаціям, якщо споживач дав згоду і повідомити, що направлення на послуги може бути продовжено навіть тоді, коли споживач не хоче розкриття інформації

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. Надати споживачу інформацію про конфіденційність, таку як брошура *Інформація про вас - конфіденційна*

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

4. Забезпечити споживача копією цієї заповненої форми

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

Параграф 1: Запропоноване користування і розкриття інформації Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

Рекомендовані наступні послуги. Також рекомендовано, щоб інформація, яка стосується справи, була переслана до організації, яка надає послуги для того, щоб споживач отримав найліпший можливий догляд.

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.

Вид послуги Наприклад: – Фізіотерапія – Консультація спеціаліста Type of Service Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant	Назва організації Наприклад: – Будь-яка організація – Призначена клініка Name of Agency Examples: – Any agency – Nominated clinic	Вид інформації (і можливе обмеження інформації) Наприклад: – Вся інформація, яка стосується справи – Тільки результати аналізів Type of Information (including limits as applicable) Examples: – All relevant information – Test results only

Параграф 2: Реєстрація Дозволу Споживача Section 2: Record of Consumer Consent

2(A) Письмовий Дозвіл Споживача або
2(A) Written Consumer Consent Or

2(B) Усний Дозвіл
2(B) Verbal Consent

2(a)
Мій практикуючий лікар обговорив зі мною яким чином, коли і для чого певна інформація про мене повинна бути надана іншим організаціям.

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

Я розумію рекомендації і я даю мою згоду на використання моєї інформації таким чином, як вказано вище.

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

Підпис: _____ Дата: _____
Signed: _____ Date: _____

(Споживач або його Представник)
(Consumer OR Authorised Representative)

Ім'я Споживача:
Consumer Name: _____

Засвідчено:
Witnessed: _____

(Практикуючий Лікар)
(Practitioner)

Ім'я Практикуючого Лікаря:
Practitioner Name: _____

Положення:
Role: _____

2(b)
Тільки для використання лікарем
Усний дозвіл потрібно отримати тоді, коли неможливо отримати письмовий дозвіл.

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

Я обговорив направлення із споживачем і я задоволений, що він розуміє запропоноване користування і розкриття інформації і він дає свою згоду на це.

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.

Підпис: _____ Дата: _____
Signed: _____ Date: _____

(Практикуючий Лікар)
(Practitioner)

Ім'я Практикуючого Лікаря:
Practitioner Name: _____

Положення:
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: