

Consent to share information

Izin untuk menyingkap informasi

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

Tujuan: untuk mencatat izin sukarela konsumen yang sudah diberi pengertian untuk memberikan data diri mereka ke lembaga tertentu untuk tujuan tertentu

Consumer
Konsumen

Name:
Nama:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /
Tanggal Lahir: hh/bb/tttt / /

Sex:
Jenis Kelamin:

UR Number:
Nomor Pasien:

or affix label here
Atau tempelkan label di sini

Consent to Share Information / Izin untuk menyingkap informasi

Section 1: Personal/health information to be shared

Bagian 1: Data diri/kesehatan untuk disingkapkan

Service Type Tipe pelayanan	Name of Agency Nama Lembaga	Type of Information Jenis Informasi	Purpose/s Tujuan
Examples: – Physiotherapy – counseling Contoh – fisioterapi – konseling	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Contoh: – Pusat Kesehatan Masyarakat Strawberry – Pemerintah Kota Blueberry	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Contoh: – Semua informasi yang berkenaan – Pengecualian sesuai permintaan konsumen	Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Contoh: – Rujukan – Perawatan bersama/ Perencanaan kasus – Memberitahukan layanan yang terlibat dalam perawatan pasien

Section 2: Record of consent

Bagian 2: Catatan izin konsumen

Written consumer consent
 Izin tertulis konsumen

The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.

Seorang Pekerja/Praktisi telah menjelaskan kepada saya bagaimana dan mengapa informasi tertentu mengenai diri saya mungkin akan diberikan kepada penyedia layanan yang lain, seperti tertera di atas. Saya mengerti hal ini dan saya memberi izin untuk memberikan informasi tersebut.

Signed: _____

Tanda tangan: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /
Tanggal (hh/bb/tttt) / /

or
atau

Verbal consumer consent

Izin lisan konsumen

I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

Saya sudah menjelaskan kepada konsumen bagaimana dan mengapa informasi tertentu mungkin akan diberikan kepada penyedia layanan lain. Saya percaya bahwa hal ini telah dimengerti dan bahwa izin penyingkapan informasi tergambar di atas telah diberikan.

or
atau

Consumer does not have the capacity to provide consent

Konsumen tidak memiliki kemampuan memberikan izin

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(yaitu, mereka tidak mengerti izin apa yang mereka berikan, atau apa konsekuensi izin tersebut)

Consent given by authorised representative _____
(name of authorised representative)

Izin diberikan oleh perwakilan yang sudah diberi kuasa _____
(nama perwakilan yang sudah diberi kuasa)

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

Tidak ada perwakilan yang diberi kuasa atau mereka tidak bisa dihubungi, sehingga informasi akan diberikan sesuai peraturan Health Records Act 2001*(Peraturan Catatan Kesehatan 2001)

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

**Apabila izin dari perwakilan yang diberi kuasa tidak mungkin didapatkan atau konsumen tidak memiliki perwakilan yang diberi kuasa, informasi kesehatan masih tetap bisa disingkapkan apabila keadaannya sesuai dengan Health Records Act 2001. Termasuk juga bila penyingkapan informasi dilakukan oleh sebuah penyedia layanan kesehatan dan hal penyingkapan ini penting dilakukan untuk kebutuhan layanan kesehatan atau apabila ada persyaratan secara hukum yang harus dipenuhi.*

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

Untuk memastikan bahwa wakil konsumen yang sudah diberi kuasa bisa membuat keputusan mengenai pengizinan penyingkapan informasi sebagaimana sudah dijelaskan di atas, pekerja/praktisi harus: (tandaai sewaktu diisi)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Membicarakan dengan konsumen rujukan ke pelayanan/badan lain yang diusulkan
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these service/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that the referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private' (Informasi anda-Bersifat Rahasia)
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Memberikan fotokopi formulir yang sudah diisi lengkap kepada konsumen

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Victoria, 2012

Consent obtained/witnessed by:
Izin diambil/disaksikan oleh:

Name:

Nama:

Sign:

Tanda tangan:

Position/Agency:

Jabatan/ Lembaga:

Date: dd/mm/yyyy / /

Tanggal:hh/bb/tttt / /

CSI Page 1 of 1

**Izin untuk
menyingkap
informasi hal 1:**

Contact number:

Nomor telepon: