

Consent to share information

Дозвіл на передачу інформації

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

Мета: Для реєстрації добровільної згоди, отриманої від інформованого споживача на передачу його інформації в спеціальні агентства з певною метою.

Consumer

Споживач

Name:

Ім'я:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Дата народження: дд/мм/рррр / /

Sex:

Стать:

UR Number:

Номер UR:

or affix label here
або прикріпіть наклейку тут

Section 1: Personal/health information to be shared

Розділ 1: Приватна/медична інформація для спільного використання

Service Type Вид послуги Examples: – Physiotherapy – counseling Наприклад: – Фізіотерапія – Консультування	Name of Agency Назва організації Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Наприклад: – Громадський центр здоров'я "Strawberry" – Міська рада "Blueberry"	Type of Information Вид інформації Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Наприклад: – Вся відповідна інформація – Тільки інформація дозволена споживачем	Purpose/s Ціль/цілі Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Наприклад: – Направлення – Планування спільного догляду/лікування – Інформування служб, які приймають участь у догляді за споживачем

Section 2: Record of consent

Розділ 2: Реєстрація згоди

Written consumer consent

Письмова згода споживача

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.

Працівник/лікар обговорив зі мною, як і чому певна інформація про мене може бути передана іншим службам, як указано вище. Я розумію це і я даю свою згоду на передачу цієї інформації.

Signed:

Підпис:

Dated: dd/mm/yyyy / /

Дата: дд/мм/рррр / /

or
або

Verbal consumer consent

Усна згода споживача

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.

Я обговорив із споживачем/уповноваженим представником споживача, як і чому певна інформація може бути передана іншим службам. Я задоволений, що споживач зрозумів це, і дає поінформовану згоду на передачу цієї інформації.

or
або

Consumer does not have the capacity to provide consent

Споживач недієздатний і тому не може дати згоду

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

(коли він не розуміє сутність того, на що він дає згоду, або її наслідки)

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

Згода, надана уповноваженим представником _____
(ім'я уповноваженого представника)

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

Якщо уповноважений представник не призначений, або з ним неможливо зконтактуватися, інформація буде спільно використовуватися згідно із Health Records Act 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.*

**Якщо це практично неможливо отримати згоду уповноваженого представника, або споживач не має уповноваженого представника, медична інформація може спільно використовуватися в обставинах, викладених у Health Records Act 2001. Це включає в себе ситуацію, коли обмін інформацією здійснюється постачальником медичних послуг і є необхідним для надання послуг, або коли це є вимогою закону.*

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):

Щоб забезпечити споживачу/уповноваженому представнику споживача можливість зробити поінформоване рішення про згоду на передачу інформації, як зазначено вище, працівник/лікар повинен: (поставити галочку, коли закінчено)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Обговорити із споживачем запропоновану передачу інформації до інших служб/агентств
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. Пояснити, що інформація про споживача буде передана цим службам/агентствам тільки в тому випадку, якщо споживач дасть свою згоду, і повідомити споживача про те, що направлення до певної служби може відбутися, навіть коли він не згодився на передачу інформації
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Надати споживачу інформацію про конфіденційність, таку як брошура "Інформація про вас – конфіденційна"
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Забезпечити споживача копією цієї заповненої форми.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012

Підготовлено Департаментом Охорони Здоров'я штату Вікторія, 2012

Consent obtained/witnessed by:
Дозвіл отриманий/засвідчений:

Name:

Position/Agency:

Ім'я:

Посада/Агентство:

Sign:

Date: dd/mm/yyyy / /

Contact number:

Підпис:

Дата: дд/мм/рррр / /

Контактний номер телефону:

CSI Page 1 of 1

CSI сторінка 1 (всього 1 сторінка)