

Consent to share information

Toestemming voor doorgifte van informatie

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

Doel: het vastleggen van goed onderbouwde en vrijwillig gegeven toestemming van de patiënt om informatie over hem/haar aan een specifieke instelling(en) door te geven voor een specifiek doel(en).

Consumer

Patiënt

Name:

Naam:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Geboortedatum: dd/mm/jjjj / /

Sex:

M/V:

UR Number:

UR Nummer:

or affix label here
of bevestig label hier

Section 1: Personal/health information to be shared

Persoonlijke/gezondheidsinformatie die doorgegeven kan worden

Service Type Soort zorgverlening Examples: – Physiotherapy – counseling Bijvoorbeeld: – Fysiotherapie – Counseling	Name of Agency Naam zorgverlenende instelling Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Bijvoorbeeld: – Strawberry Centrum voor Maatschappelijke Gezondheid – Blueberry Gemeenteraad	Type of Information Soort gegevens Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Bijvoorbeeld: – Alle relevante informatie – Uitzonderingen die door de patiënt zijn opgegeven	Purpose/s Doel(en) Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Bijvoorbeeld: – Verwijzing – Gemeenschappelijke zorg/behandelplan – Inlichten van diensten die deelnemen aan de zorg voor de patiënt

Section 2: Record of consent

Vastleggen van toestemming

Written consumer consent

Schriftelijke toestemming van de patiënt

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.

De medewerker/arts heeft met mij besproken hoe en waarom bepaalde informatie over mij aan andere dienstverleners kan worden doorgegeven, zoals hierboven. Ik begrijp dit en ik geef mijn toestemming voor de doorgifte van informatie.

Signed:

Ondertekend door:

Dated: dd/mm/yyyy / /

Datum: dd/mm/jjjj / /

or
of

Verbal consumer consent

Mondelinge toestemming van patiënt

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.

Ik heb met de patiënt besproken hoe en waarom bepaalde informatie aan andere dienstverleners kan worden doorgegeven. De patiënt heeft dit naar mijn mening goed begrepen en op grond van dit gesprek toestemming gegeven voor het doorgeven van informatie zoals hierboven aangegeven.

or
of

Consumer does not have the capacity to provide consent

De patiënt heeft niet het vermogen om toestemming te geven

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

(dat wil zeggen, ze begrijpen niet waarvoor ze precies toestemming geven, of de consequenties ervan)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

Toestemming gegeven door een gemachtigde vertegenwoordiger _____

(naam van gemachtigde vertegenwoordiger)

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

Er is geen gemachtigde vertegenwoordiger of zij waren niet bereikbaar; daarom zal de informatie doorgegeven worden in overeenstemming met het bepaalde in de 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.*

**Als het niet redelijkerwijs praktisch is om toestemming van een gemachtigde vertegenwoordiger te verkrijgen of als de patiënt geen gemachtigde vertegenwoordiger heeft, kan gezondheidsinformatie nog steeds doorgegeven worden onder de omstandigheden die bepaald zijn in de Health Records Act 2001. Dit omvat de situatie waarbij de informatie door een zorgverlener doorgegeven wordt en redelijkerwijs noodzakelijk is voor het verstrekken van een gezondheidsdienst of wanneer dit wettelijk vereist is.*

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):

Om te garanderen dat de gemachtigde vertegenwoordiger van de patiënt een goed onderbouwde beslissing kan nemen omtrent toestemming voor het doorgeven van informatie zoals hierboven beschreven, dient de medewerker/arts (aankruisen nadat het heeft plaatsgevonden):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. De voorgestelde doorgifte van gegevens aan andere zorgverlenende instellingen met de patiënt te bespreken
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. Uit te leggen dat patiëntengegevens alleen met deze instellingen worden gedeeld als de patiënt hier toestemming voor heeft gegeven en, in geval van doorverwijzing, aan te geven dat de patiënt nog steeds voor behandeling doorverwezen kan worden als hij/zij geen toestemming geeft voor doorgifte van zijn/haar gegevens
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. De patiënt informatie over privacy te geven, zoals de brochure Uw informatie – het is vertrouwelijk
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. De patiënt een kopie van dit formulier te geven nadat het is ingevuld.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Geproduceerd door de Victorian Department of Health, 2012

Consent obtained/witnessed by:

Toestemming verkregen / als getuige ondertekend door:

Name:

Position/Agency:

Naam:

Functie/Instelling:

Sign:

Date: dd/mm/yyyy / /

Contact number:

Ondertekening:

Datum: dd/mm/jjjj / /

Contactnummer:

CSI Page 1 of 1

Pagina 1 van 1