

Consent to share information

Saglasnost za razmjenu podataka

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

Namjena: evidentirati dobrovoljno dati informirani pristanak korisnika da se njegovi podaci mogu dati određenoj agenciji / agencijama za posebnu namjenu/e.

Consumer

Korisnik

Name:

Ime:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Datum rođenja: dan/mj/godina / /

Sex:

Pol:

UR Number:

UR broj:

or affix label here
ili ovdje staviti naljepnicu s podacima

Section 1: Personal/health information to be shared

Dio 1: lične i zdravstvene informacije koje se mogu razmijeniti

Service Type Vrsta usluge	Name of Agency Naziv službe	Type of Information Vrste podataka	Purpose/s Svrha/e
Examples: – Physiotherapy – counseling Primjeri: – fizioterapija – savjetovanje	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Primjeri: – Mjesni dom zdravlja Jagoda – Gradsko vijeće Borovnica	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Primjeri: – sve relevantne informacije – izuzeci kako su navedeni od strane korisnika	Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Primjeri: – uputnice – planiranje zajedničke njege/slučaja – informiranje službi koje učestvuju u njezi korisnika

Consent to Share Information Saglasnost za razmjenu podataka

Section 2: Record of consent

Dio 2: Evidentiranje saglasnosti

Written consumer consent

Pismeni pristanak korisnika

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.

Radnik / liječnik je razgovarao sa mnom o tome kako i zašto se određene informacije o meni mogu dijeliti s drugim pružateljima usluga, kao što je gore navedeno. Ja to razumijem i dajem svoj pristanak da se moje informacije mogu davati drugima.

Signed:

Potpis:

Dated: dd/mm/yyyy / /

Datum: dan/mj/godina / /

or
ili

Verbal consumer consent

Usmeni pristanak korisnika

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. Ja sam razgovarao/la s korisnikom kako i zašto se određene informacije mogu dijeliti s drugim pružateljima usluga. Ja sam uvjeren/a da je to shvaćeno i da je dat informirani pristanak da se informacija mogu dijeliti kako je gore navedeno.

or
ili

Consumer does not have the capacity to provide consent

Korisnik nije u stanju da da pristanak

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

(tj. korisnik ne razumije prirodu toga za šta daje pristanak, ili posljedice)

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

Pristanak dat od strane ovlaštenog zastupnika _____
(ime ovlaštenog zastupnika)

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

Ovlašteni zastupnik ne postoji ili ne može biti kontaktiran; dakle informacije će biti date razmijenjene kako je navedeno u Ukazu za zdravstvena evidentiranja 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.*

** Ako nije razumno praktično pribaviti suglasnost ovlaštenog zastupnika, odnosno korisnik nema ovlaštenog zastupnika, zdravstvene informacije se ipak razmijeniti u okolnostima utvrđenim Ukazom za zdravstvena evidentiranja 2001. To uključuje situacije gdje je razmjena informacija učinjena od strane davatelja zdravstvenih usluga i gdje je to razumno potrebno za pružanje zdravstvene usluge ili ako za to postoji zakonska obaveza.*

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):

Kako bi se osiguralo da korisnikov ovlašteni zastupnik može napraviti informiranu odluku o pristanku na davanje informacija, kako je gore navedeno, radnik / ljekar treba da (naznačiti kada je urađeno):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Porazgovara s korisnikom o predloženoj razmjeni podataka s drugim službama/agencijama
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. Objasni da će se korisnikovi podaci razmijeniti s ovim službama/agencijama jedino ukoliko se korisnik s tim složi i da će mu potrebne usluge biti osigurane čak i ukoliko odbije dati pristanak.
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Pruži korisniku informacije o privatnosti, kao što je brošura Vaši podaci su – Privatni podaci
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Pruži korisniku kopiju ovog formulara kad je kompletiran.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Proizveden od strane Odjela za zdravstvo u Viktoriji, 2012

Consent obtained/witnessed by:

Saglasnost dobivena/posvjedočena od strane:

Name:

Position/Agency:

Ime:

Položaj/ služba

Sign:

Date: dd/mm/yyyy / /

Contact number:

Potpis:

Datum: dan/mj/godina / /

Broj telefona:

CSI Page 1 of 1
CSI strana 1 od 1