

Consent to share information

Samtykke til at udlevere oplysninger

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

Formål: at registrere frivilligt afgivet, informeret samtykke fra forbrugere til at udlevere deres oplysninger til en eller flere specifikke institutioner med et eller flere specifikke formål.

Consumer

Forbruger

Name:

Navn:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Fødselsdato: dd/mm/åååå / /

Sex:

Køn:

UR Number:

UR-nummer:

or affix label here
eller sæt label her

Section 1: Personal/health information to be shared

Afsnit 1: Personlige oplysninger/helbredsoplysninger til udlevering

Service Type Type af ydelse	Name of Agency Institutionens navn	Type of Information Type af oplysninger	Purpose/s Formål
Examples: – Physiotherapy – counseling Eksempler: – Fysioterapi – Rådgivning	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Eksempler: – Jordbærsamfundet Sundhedscenter (Strawberry Community Health centre) – Byrådet i Blåbær (Blueberry City Council)	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Eksempler: – Alle relevante oplysninger – Undtagelser jf. forbrugers angivelser	Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Eksempler: – Henvielse – Fælles sundheds-/patientplanlægning – Underretning af tjenester, der deltager i pleje af forbrugeren

Consent to Share Information Samtykke til udlevering af oplysninger

Section 2: Record of consent

Afsnit 2: Samtykkeregistrering

 Written consumer consent
 Skriftligt forbrugersamtykke

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.

Den ansatte/den praktiserende læge har drøftet med mig, hvordan og hvorfor visse oplysninger om mig måske kan blive udleveret til andre tjenesteudbydere, jf. ovenfor. Jeg forstår dette, og jeg giver mit samtykke til, at oplysningerne må udleveres.

Signed:

Underskrevet:

Dated: dd/mm/yyyy / /

Dato (dd/mm/åååå): / /

or
eller

Verbal consumer consent

Mundtligt forbrugersamtykke

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.

Jeg har drøftet med forbrugeren, hvordan og hvorfor visse oplysninger måske kan blive udleveret til andre tjenesteudbydere. Jeg har forvisset mig om, at dette er forstået, og at der er givet informeret samtykke til, at oplysningerne må udleveres som anført ovenfor.

or
eller

Consumer does not have the capacity to provide consent

Forbruger evner ikke at give sit samtykke

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

(dvs. vedkommende forstår ikke, hvad han eller hun giver sit samtykke til, eller rækkevidden heraf)

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

Samtykke givet af autoriseret repræsentant _____
(navn på autoriseret repræsentant)

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

Der er ikke nogen autoriseret repræsentant, eller vedkommende har ikke kunnet kontaktes; oplysningerne vil derfor blive udleveret jf. sundhedslovgivningen, 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.*

**Hvis det ikke med rimelighed er praktisk muligt at indhente samtykke fra en autoriseret repræsentant, eller hvis forbrugeren ikke har en autoriseret repræsentant, kan sundhedsoplysninger stadigvæk udleveres under de omstændigheder, der er anført i Health Records Act 2001. Det omfatter en sundhedstjenesteudbyders udlevering af oplysninger, når det med rimelighed er nødvendigt for at yde en sundhedsydelse, eller når der er et lovkrav.*

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):

For at sikre, at forbrugers autoriserede repræsentant kan træffe en informeret afgørelse om samtykke til udlevering af oplysninger jf. ovenfor, bør den ansatte/praktiserende læge (afmærk efter udfyldelse):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Drøfte den foreslåede udlevering af oplysninger til andre tjenester/institutioner med forbrugeren
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. Forklare, at forbrugers oplysninger kun vil blive udleveret til disse tjenester/institutioner, hvis forbrugeren har givet sit samtykke, og, når der henvises, fortælle, at ydelsen stadig kan fortsætte, hvis forbrugeren ikke ønsker oplysninger overdraget
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Forsyne forbrugeren med oplysninger om privatlivets fred, som f.eks. brochuren Dine oplysninger – er fortrolige
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Forsyne forbrugeren med en kopi af denne formular, når den er udfyldt.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Udarbejdet af Sundhedsdepartementet i Victoria, 2012

Consent obtained/witnessed by:
Samtykke opnået/bevidnet af:

Name:
Navn:

Position/Agency:
Stilling/institution:

Sign:

Underskrift:

Date: dd/mm/yyyy / /
Dato: dd/mm/åååå / /

CSI Page 1 of 1
CSI side 1 af 1

Contact number:
Kontaktnummer: