

# Consent to share information

## Souhlas se sdílením údajů

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

Cíl: zaznamenat svobodně daný souhlas informovaného uživatele ke sdílení svých údajů s konkrétní organizací za konkrétním účelem.

### Consumer

#### Uživatel

Name:

Jméno:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Datum narození: dd/mm/yyyy / /

Sex:

Pohlaví:

UR Number:

Obecné číslo záznamu:

or affix label here  
nebo zde nalepte štítek

## Section 1: Personal/health information to be shared

### 1. část: Osobní/zdravotní údaje ke sdílení

Service Type Typ služby Examples: – Physiotherapy – counseling Například: – Fyzioterapie – Poradenství	Name of Agency Jméno agentury Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Například: – Obecní zdravotní středisko ve Strawberry – Obecní úřad v Blueberry	Type of Information Typ údajů Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Například: – Veškeré příslušné údaje – Výjimky jak uvedené uživatelem	Purpose/s Účel/y Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Například: – Doporučení – Sdílená péče/plánování případu – Poskytování informací službám, které se podílí na péči o uživatele

## Section 2: Record of consent

### 2. část: záznam souhlasu

<input type="checkbox"/> <b>Written consumer consent</b> <input type="checkbox"/> <b>Písemný souhlas uživatele</b> <i>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.</i> <i>Pracovník/lékař se mnou hovořil o tom, jak a proč mohou být některé údaje o mé osobě sdíleny s jinými poskytovateli služeb, viz výše. Rozumím tomu a souhlasím se sdílením údajů.</i> Signed: _____ Podpis: _____ Dated: dd/mm/yyyy / / Datum: dd/mm/yyyy / / <b>or</b> <b>nebo</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Verbal consumer consent**

**Ústní souhlas uživatele**

*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.*

*Hovořil jsem s uživatelem o tom, jak a proč mohou být některé údaje sdíleny s jinými poskytovateli služeb. Jsem přesvědčený, že tomu porozuměl a že dal informovaný souhlas ke sdílení údajů, jak uvedeno výše.*

or  
nebo

**Consumer does not have the capacity to provide consent**

**Uživatel není schopný dát souhlas**

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

(tedy, buď nerozumí tomu, k čemu má dát souhlas, nebo nerozumí následkům)

Consent given by authorised representative \_\_\_\_\_

(name of authorised representative)

Souhlas je vydán zmocněným zástupcem \_\_\_\_\_

(jméno zmocněného zástupce)

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

Zmocněný zástupce neexistuje nebo nebylo možné se s ním spojit, tudíž údaje budou sdíleny podle Zákona o zdravotních záznamech z roku 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.*

*\*Pokud z praktických důvodů není možné získat souhlas zmocněného zástupce nebo pokud uživatel zmocněného zástupce nemá, údaje o zdravotním stavu mohou být sdíleny v případech stanovených v Zákoně o zdravotních záznamech z roku 2001. Do této skupiny náleží situace, kdy údaje sdílí poskytovatel zdravotní služby a pro poskytování zdravotní služby to je nutné nebo pokud se jedná o zákonem daný požadavek.*

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):

Ve snaze zajistit, že uživatelův zmocněný zástupce může učinit rozhodnutí o souhlasu ke sdílení údajů, jak uvedeno výše, pracovník/lékař by měl (odškrtněte po dokončení):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Prodiskutovat s uživatelem navrhovaná sdílení údajů s dalšími službami/organizacemi
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. Vysvětlit, že údaje o uživateli budou těmto službám uvolněny pouze tehdy, jestliže uživatel s tím souhlasil, a v případě doporučení jiné služby ho informovat, že doporučení může být učiněno i v případě, kdy si uživatel sdílení údajů nepřeje
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Poskytnout uživateli informaci o soukromí, například brožura Údaje o vás - to je soukromé
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Dejte uživateli kopii tohoto formuláře až bude vyplněn

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
Vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví státu Viktorie, 2012

Consent obtained/witnessed by:

Souhlas získán/svědék:

Name:

Jméno

Sign:

Podpis:

Position/Agency:

Pozice/organizace:

Date: dd/mm/yyyy / /

Datum: dd/mm/rrrr / /

CSI Page 1 of 1

Strana 1 z 1

Contact number:

Kontaktní číslo: