

Consent to share information

Sutikimas dalytis asmens duomenimis

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

Tikslas: paslaugų vartotojo laisvai duoto, apgalvoto sutikimo dalytis asmens duomenimis su tam tikra įstaiga/-omis, tam tikram tikslui/-ams patvirtinimas.

Consumer

Vartotojas

Name:

Vardas, pavardė:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Gimimo data: dd/mm/mmmm / /

Sex:

Lytis:

UR Number:

UR numeris:

or affix label here
arba pritvirtinkite etiketę čia

Section 1: Personal/health information to be shared

1 dalis: Asmens/sveikatos duomenys, kuriomis bus dalijamasi

Service Type Paslaugų rūšis Examples: – Physiotherapy – counseling Pavyzdžiai: – fizioterapija – psichologo konsultacija	Name of Agency Įstaigos pavadinimas Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Pavyzdžiai: – Visuomeninis sveikatos centras Žemuogė – Mėlynių miesto savivaldybė	Type of Information Duomenų rūšis Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Pavyzdžiai: – visi susiję duomenys – išimty, pagal vartotojo nurodymus	Purpose/s Tikslas/-ai Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Pavyzdžiai: – siuntimas kiton įstaigon – bendras priežiūros/gydymo plano sudarymas – su vartotojo priežiūra susijusių įstaigų informavimas

Section 2: Record of consent

2 dalis: Sutikimo patvirtinimas

Written consumer consent

Vartotojo raštiškas sutikimas

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.

Darbuotojas/gydytojas man paaiškino, kaip, ir kokiais atvejais tam tikrais mano asmens duomenimis gali būti dalijamasi su kitais paslaugų teikėjais, kaip aukščiau išdėstyta. Aš tai supratau, ir duodu savo sutikimą tais duomenimis dalytis.

Signed: _____

Pasirašė: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /

Data: (dd/mm/mmmm): / /

or
arba

Verbal consumer consent

Vartotojo žodinis sutikimas

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.

Aš paaiškinau vartotojui, kaip ir kokiais atvejais tam tikrais duomenimis gali būti dalijamasi su kitais paslaugų teikėjais. Įsitikinau, kad suprato, ir kad buvo duotas apgalvotas sutikimas dalytis duomenimis, kaip aukščiau išdėstyta.

or
arba

Consumer does not have the capacity to provide consent

Vartotojas yra nepajėgus duoti sutikimą.

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

(tai yra, jis nesupranta reikalo esmės, už ką duoda sutikimą, arba nesuvokia galimų padarinių)

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

Įgalioto atstovo duotas sutikimas _____
(įgalioto atstovo vardas, pavardė)

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

Įgalioto atstovo nėra, arba jis buvo nepasiekiamas; todėl duomenimis bus dalijamasi 2001 m. Sveikatos duomenų įrašų įstatymo* nustatyta tvarka.

**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.*

**Jeigu įgalioto atstovo sutikimas sunkiai prieinamas, arba vartotojas neturi įgalioto atstovo, tada visvien, 2001 m. Sveikatos duomenų įrašų įstatymo nurodytomis aplinkybėmis, gali būti dalijamasi jo sveikatos duomenimis. Tai įglaudžia atvejus, kai duomenimis dalijasi sveikatos paslaugų įstaiga, kad būtų įmanoma suteikti atitinkamą gydymą, arba, kai to pareikalauja tam tikri įstatymai.*

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):

Siekiant užtikrinti, kad vartotojas/vartotojo įgaliotinis yra pajėgus padaryti apgalvotą sprendimą dėl savo asmens duomenų dalijimosi, kaip aukščiau išdėstyta, darbuotojas/gydytojas prašomas (atlikus paženklininti langelį):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Su vartotoju aptarti, ką reiškia su kitomis gydymo įstaigomis dalytis asmens duomenimis
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. Vartotojui paaiškinti, kad jo asmens duomenimis tik tada bus dalijamasi, jeigu buvo duotas jo sutikimas, o siunčiant kiton įstaigon, jam pranešti, kad siuntimas gali įvykti net ir jam nedavus sutikimo atskleisti savo asmens duomenis.
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Vartotojui pateikti informaciją apie privatumą, kaip pavyzdžiui brošiūra Jūsų asmens duomenys – tai privatu
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Šią formą užpildžius, vartotojui pateikti kopiją.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Išleido Viktorijos sveikatos departamentas, 2012 m.

Consent obtained/witnessed by:
Sutikimą išgavo/paliudijo:

Name:
Vardas, pavardė:

Sign:
Pasirašė:

Position/Agency:
Pareigos/įstaiga:

Date: dd/mm/yyyy / /
Data: dd/mm/yyyy / /

CSI Page 1 of 1
SDAD Psl. 1 iš 1

Contact number:
Kontakto numeris: