

# Consent to share information

## Συναίνεση για παραχώρηση στοιχείων

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

Σκοπός: Καταγραφή της ελεύθερα παρεχόμενης, και ύστερα από ενημέρωση, συναίνεσης για την παραχώρηση στοιχείων τους σε συγκεκριμένη υπηρεσία (ή υπηρεσίες) για έναν συγκεκριμένο σκοπό (ή σκοπούς).

### Consumer

#### Πελάτης

Name:

Όνομα

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Ημερ. γέννησης: ηη/μμ/εεεε / /

Sex:

Φύλο:

UR Number:

Κωδικός UR:

or affix label here  
ή, επικόλληση ετικέτας εδώ

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

### Μέρος 1ο: Προσωπικά στοιχεία/στοιχεία υγείας που θα παραχωρηθούν

Service Type Είδος υπηρεσίας Examples: – Physiotherapy – counseling Παραδείγματα: – φυσιοθεραπεία – συμβουλευτική υπηρεσία	Name of Agency Επωνυμία υπηρεσίας Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Παραδείγματα: – Κοινωνικό Κέντρο Υγείας του Strawberry – Δήμος Blueberry	Type of Information Είδος στοιχείων Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Παραδείγματα: – όλα τα σχετικά στοιχεία – εξαιρέσεις που ανάφερε ο πελάτης	Purpose/s Σκοπός/σκοποί Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Παραδείγματα: – παραπεμπτικό – μέριμνα από κοινού/σχεδιασμός περίπτωσης – ενημέρωση υπηρεσιών που συμμετέχουν στη φροντίδα του πελάτη

## Section 2: Record of consent

### Μέρος 2ο: Καταγραφή συναίνεσης

**Written consumer consent**

**Γραπτή συναίνεση πελάτη**

*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.*

*Ο υπάλληλος/ιατρός έχει συζητήσει μαζί μου πώς και γιατί συγκεκριμένα στοιχεία για το άτομό μου μπορεί να παραχωρηθούν σε άλλο πάροχο υπηρεσιών, ως ανωτέρω. Το κατανοώ και συναινώ στην παραχώρηση των στοιχείων.*

Signed:

Υπογραφή:

Dated: dd/mm/yyyy / /

Ημερομηνία (ηη/μμ/εεεε): / /

or  
ή

**Verbal consumer consent**

**Προφορική συναίνεση πελάτη**

*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.*

*Έχω συζητήσει με τον πελάτη πώς και γιατί μπορεί να δοθούν συγκεκριμένα στοιχεία σε άλλους παρόχους υπηρεσιών. Είμαι ικανοποιημένος ότι ο πελάτης το έχει κατανοήσει αυτό και ότι έχει δοθεί, ύστερα από ενημέρωση, η συναίνεση για την σύμφωνη με τα προαναφερθέντα παραχώρηση των στοιχείων.*

or

ή

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

**Ο πελάτης δεν έχει την ικανότητα για συναίνεση**

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

(δηλαδή, δεν κατανοεί τη φύση, ή τις συνέπειες, του πράγματος στο οποίο συναινεί)

Consent given by authorised representative \_\_\_\_\_  
(name of authorised representative)

Δόθηκε η συναίνεση από εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπο \_\_\_\_\_  
(όνομα εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου)

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

Δεν υπάρχει εξουσιοδοτών αντιπρόσωπος ή δεν ήταν δυνατή η επικοινωνία μαζί του. Επομένως, τα στοιχεία παραχωρούνται όπως ορίζεται από το Νόμο 2001 περί Μητρώων Υγείας\*.

*\*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.*

*\* Αν η απόκτηση της συναίνεσης του εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου δεν είναι ευλόγως εφικτή, ή αν ο πελάτης δεν έχει εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπο, είναι δυνατή και στην περίπτωση αυτή η παραχώρηση στοιχείων σχετικών με την υγεία υπό τις συνθήκες που ορίζονται στο Νόμο 2001 περί Μητρώων Υγείας. Εδώ συγκαταλέγεται και η περίπτωση που η παραχώρηση στοιχείων, από πάροχο υπηρεσιών υγείας, κρίνεται αναγκαία για την παροχή υπηρεσιών υγείας, ή όπου προβλέπεται από το νόμο.*

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):

Για να εξασφαλιστεί ότι ο εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος του πελάτη θα μπορέσει να λάβει μια τεκμηριωμένη απόφαση σχετικά με την προαναφερθείσα παραχώρηση στοιχείων, ο υπάλληλος/ιατρός θα πρέπει (βάλτε το σημάδι ✓ όταν ολοκληρωθεί):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Να συζητήσει με τον πελάτη την προτεινόμενη παραχώρηση στοιχείων προς άλλες υπηρεσίες/οργανισμούς
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. Να εξηγήσει πώς τα στοιχεία του πελάτη θα παραχωρηθούν μόνο σε αυτές τις υπηρεσίες/οργανισμούς εφόσον συμφωνά ο πελάτης και, κατά την παραπομπή του, ο πελάτης να ενημερωθεί ότι θα σταλεί παρατεμπτικό για την παροχή υπηρεσιών ακόμα κι αν ο πελάτης δεν επιθυμεί την αποκάλυψη των στοιχείων
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Να δώσει στον πελάτη πληροφορίες σχετικές με το προσωπικό απόρρητο, όπως λ.χ. το φυλλάδιο «Τα στοιχεία σας – Είναι απόρρητα»
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Να δώσει στον πελάτη αντίγραφο του παρόντος εντύπου όταν συμπληρωθεί.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
Έκδοση του Βικτωριανού Υπουργείου Υγείας, 2012

Consent obtained/witnessed by:  
Η συναίνεση βεβαιώνεται από:

Name:

Όνομα:

Sign:

Υπογραφή:

Position/Agency:

Θέση/Υπηρεσία:

Date: dd/mm/yyyy / /

Ημερομηνία: ηη/μμ/εεε / /

CSI Page 1 of 1

CSI σελίδα 1 από 1

Contact number:

Τηλέφωνο επικοινωνίας: