

Consent to share information

Miratim për shpërndarjen e informacionit

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

Qllimi: te mbahet shenim miratimin e konsumatorit tw dhwnw me dwsire tw lirw, pwr tw shpwrdarw informacionin e tyre me agjenci/tw specifike pwr njw qwllim specific.

Consumer

Konsumatori

Name:

Emri:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Data e Lindjes: dd/mm/vvvv / /

Sex:

Gjinia:

UR Number:

Numri UR:

or affix label here
ose vendos etiketën këtu

Section 1: Personal/health information to be shared

Seksioni 1: Informacion personal / shëndetsor qw te shpwrndahet

Service Type Lloji i Shërbimit	Name of Agency Emri i Agjencisë	Type of Information Lloji i Informacionit	Purpose/s Qëllimi/et
Examples: – Physiotherapy – counseling Shembuj: – Fizioterapi – Kwshillim psikologjik	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Shembuj: – “Strawberry” Qendra Shëndetsore e Komunitetit – Kwshilli i Qytetit (Bashkia) Blueberry	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Shembuj: – I gjithë informacioni i duhur – pwrjashtimet sipas thwnjeve tw konsumatorit	Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer’s care Shembuj: – Rekomandime – Planifiki I rasteve / kujdesjes me bashkwpunim – shwrbimet informues qw marrin pjesw nw kujdesjen pwr konsumatorin

Consent to Share Information Miratim për shpërndarjen e informacionit

Section 2: Record of consent

Seksioni 2: Dokumentimi i miratimit

Written consumer consent

Leja me Shkrim e Konsumatorit

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.

Punonjesi / specialist (p.sh mjeku) ka diskutuar me mua se kush dhe pse disa te dhëna të caktuara mund te shpërndahen me ofrues te tjerë të shërbimeve, si më lartë. Unë e kuptoj Këtë gjw dhe jap miratimin tim që ky informacion të shpërndahet. (ta shikojnë edhe të tjerët),

Signed:

Nënshkruar:

Dated: dd/mm/yyyy / /

Data: dd/mm/vvvv / /

or
ose

Verbal consumer consent

Leja me Gojë e Konsumatorit

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.

Unë kam diskutuar me konsumatorin se si dhe pse disa informacione të caktuara mund të shpërndahen me ofrues të tjerë të shërbimeve. Unë jam i/e kënaqur që kjo gjë është kuptuar dhe që miratim i informuar për informacionin është dhënë, që të shpërndahet sipas shënimeve të detajuara më lartë

**or
ose**

Consumer does not have the capacity to provide consent

Konsumatori/ja nuk ka kapacitetin për të dhënë miratimin

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

(d.m.th, ai/ajo nuk kupton natyrën e asaj për të cilën po japin miratimin, as edhe pasojat).

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

Miratimi dhënë nga përfaqësues i autorizuar _____
(emir / përfaqësuesit të autorizuar)

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

Nuk ka përfaqësues autorizues ose nuk mund të kontaktohen, prandaj, informacioni do të shpërndahet sipas Aktit Ligjor 2001* mbi Shënimet Shëndetsore.

**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.*

** Në se është praktikë, mbrenda arsyes të mirret miratimi nga një përfaqësues i autorizuar ose, konsumatori konsumatori nuk ka përfaqësues të autorizuar, informacionet mbi shëndetin mund të shpërndahet akoma, sipas rrethanave të vendosura ne Aktit Ligjor 2001* mbi Shënimet Shëndetsore. Kjo përfshinë rastet kur shpërndarja e informacionit bëhet nga një ofrues të shërbimeve dhe është mbrenda arsyes, e nevojshme, për dhënjën e shërbimeve shëndetsore ose kur është një kërkesë ligjore.*

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):

Për të siguruar që përfaqësuesi i autorizuar i konsumatorit është në gjendje të marrë një vendim të informuar rreth miratimit të shpërndarjes së informacionit sipas shënimeve të sipërme, punonjësi / specialist duhet (ta shënojë me një shënjë, kur të plotësohet):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Diskutojë me konsumatorin propozimin për përdorimin e informacionit së bashku me shërbimet/agjensitë e tjera
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. Shpjegojë që informacioni i konsumatorit do t'i jepet atyre shërbimeve/agjencive vetëm nëse konsumatori ka rënë dakord dhe, kur rekomandon, të bëjë të ditur që rekomandimi për shërbim do të bëhet edhe nëse konsumatori nuk jep leje
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. T'i ofrojë konsumatorit informacionin rreth mbajtjes private të informacionit, sic është broshura Informacioni Yt – Është Private.
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Ofroj konsumatorit një kopje të këtij formulari, pasi të plotësohet (të mbushet.)

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Prodhuar nga Departamenti I Shëndetit të Viktorias, 2012.

Consent obtained/witnessed by:
Miratimi i marrë / dëshmuar nga:

Name:

Position/Agency:

Emri:

Posti (pozicioni i punës) / Agjencia

Sign:

Date: dd/mm/yyyy / /

Contact number:

Firmosur:

Data: data/muaj/viti / /

Numri i Telefonit për tu kontaktuar:

