

Consent to share information

Atļauja nodot tālāk sniegto informāciju

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

Mērķis: dokuments apliecina fiziskās personas apzinātu piekrišanu nodot tālāk paša sniegto informāciju noteiktai aģentūrai (-ām) noteiktiem nolūkiem.

Consumer

Fiziskā persona

Name:

Vārds, uzvārds:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Dzimšanas datums: dd/mm/gggg / /

Sex:

Dzimums:

UR Number:

UR numurs:

or affix label here
vai piestiprini zīmotni šeit

Section 1: Personal/health information to be shared

1. daļa: Personīgā informācija/informācija par veselības stāvokli, kas sniedzama tālāk

Service Type Pakalpojuma veids Examples: – Physiotherapy – counseling Piemēri: – fizioterapija; – konsultācija.	Name of Agency Aģentūras nosaukums Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Piemēri: – Strawberry Community Health centre; – Blueberry City Council.	Type of Information Informācijas veids Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Piemēri: – visa attiecīgā informācija; – izņēmumi, kurus noteikusi fiziskā persona.	Purpose/s Nolūks/i Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Piemēri: – tālāk izmeklēšanai / atsauksmes – kopīga aprūpes/gadījuma plānu izstrāde; – fizisko personu aprūpē iesaistīto dienestu informēšana.

Section 2: Record of consent

2. daļa: Atļaujas reģistrēšana

Written consumer consent

Fiziskās personas rakstiska atļauja

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.

Darbinieks/pārstāvis man paskaidroja, kā un kādēļ zināma informācija par mani var tikt nodota citiem pakalpojumu sniedzējiem, kā noteikts augstāk. Es to saprotu un piekrītu, ka šī informācija tiek sniegta tālāk.

Signed: _____

Paraksts: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /

Datums (dd/mm/gggg): / /

or
vai

Verbal consumer consent

Fiziskās personas mutiska atļauja

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.

Esmu paskaidrojis (-usi) fiziskajai personai, kā un kādēļ zināma informācija var tikt nodota citiem pakalpojumu sniedzējiem. Es esmu pārliecināts, ka paskaidrojums tika saprasts un, ka apzināta piekrišana ir sniegta nodot informāciju tālāk kā noteikts augstāk.

or
vai

Consumer does not have the capacity to provide consent

Fiziskā persona nav spējīga dot atļauju

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

(tas ir, fiziskā persona nesaprot atļaujas būtību vai tās sniegšanas sekas)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

Pilnvarotā pārstāvja dotā atļauja _____

(pilnvarotā pārstāvja vārds, uzvārds)

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

Pilnvarotā pārstāvja nav vai arī ar viņu nav iespējams sazināties, tāpēc informācija tiks nodota tālāk saskaņā ar 2001. gada Likuma par medicīnisko dokumentāciju (Health Records Act 2001) noteikumiem*

**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.*

**Ja nav praktiski iespējams saņemt atļauju no pilnvarotā pārstāvja vai fiziskajai personai nav pilnvarotā pārstāvja, informāciju par veselības stāvokli tomēr var nodot tālāk gadījumos, kas izklāstīti 2001. gada Likumā par medicīnisko dokumentāciju (Health Records Act 2001). Tas ietver gadījumus, kad informāciju tālāk nodod veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs un tas ir saprātīgi nepieciešams veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai vai kad tas ir noteikts normatīvajās prasībās.*

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):

Lai nodrošinātu, ka fiziskā persona/fiziskās personas pilnvarotais pārstāvis var apzināti lemt par piekrišanu sniegtās informācijas tālāk nodošanai, kā noteikts iepriekš, darbiniekam/pārstāvim ir: (atzīmē, kad veidlapa ir aizpildīta):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Pārrunāt ar personu sniegtās informācijas paredzētā nodošana citiem pakalpojumu sniedzējiem/aģentūrām
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. Paskaidrot, ka personas sniegtā informācija tiks nodot citām aģentūrām tikai ja persona ir sniegusi atļauju, un paziņot, ka iesniegums tālāk izmeklēšanai / atsauksmēm var vēl virzīt uz priekšu pat ja persona nevēlās sniegto informāciju izpaust.
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. jāsniedz fiziskajai personai informācija par privātumu, piemēram, brošūras "Jūsu informācija ir privāta" veidā;
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. jāatdod fiziskajai personai šīs veidlapas kopija pēc tam, kad tā ir aizpildīta.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012

Sastādīja Viktorijas štata Veselības aprūpes departaments (Department of Health). 2012. gads

Consent obtained/witnessed by:

Atļauju saņēma/atļaujas saņemšanu apliecināja:

Name:

Vārds, uzvārds:

Sign:

Paraksts:

Position/Agency:

Amats/aģentūra:

Date: dd/mm/yyyy / /

Datums (dd.mm.gggg): / /

CSI Page 1 of 1

CSI, lappuse 1 no 1

Contact number:

Kontakttālrunis: