

Consent to share information

Согласие на передачу информации

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

Цель: Регистрация добровольного согласия проинформированного клиента на передачу информации определенным агентствам для определенных целей.

Consumer

Клиент

Name:

Имя:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Дата рождения: дд/мм/гггг / /

Sex:

Пол:

UR Number:

Номер UR:

or affix label here
Или наклейте сюда наклейку

Consent to Share Information / Согласие на передачу информации

Section 1: Personal/health information to be shared

Секция 1: Личная/медицинская информация, подлежащая передаче

| Service Type Вид услуги Examples: – Physiotherapy – counseling Примеры: – физиотерапия – консультации | Name of Agency Название агентства Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Примеры: – Медицинский центр Strawberry Community – Муниципалитет города Blueberry | Type of Information Вид информации Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Примеры: – вся соответствующая информация – исключения по заявлению клиента | Purpose/s Цель/цели Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer’s care Примеры: – направление – передаваемая информация о планировании обслуживания/дела – передача информации поставщикам медицинских услуг клиента |
|--|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Section 2: Record of consent

Секция 2: Регистрация согласия

Written consumer consent

Письменное согласие клиента

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.

Мой работник / врач обсудил со мной, как и почему определенная информация обо мне может быть передана другим службам, как указано выше. Я понимаю это и даю свое согласие на передачу информации.

Signed: _____

Подписано: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /

Дата: дд/мм/гггг / /

or
или

Verbal consumer consent

Устное согласие клиента

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.

Я обсудил с клиентом, как и почему определенная информация может быть передана другим службам. Я убедился, что клиент это понимает и дает свое информированное согласие на передачу информации, как указано выше.

**or
или**

Consumer does not have the capacity to provide consent

Состояние здоровья клиента не позволяет ему выразить свое согласие

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

(это означает, что клиент не понимает сути того, на что ему необходимо согласиться, либо последствий данного действия)

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

Согласие, данное уполномоченным представителем клиента _____
(имя уполномоченного представителя)

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

Уполномоченный представитель не был назначен клиентом, либо с ним невозможно связаться. Информация будет раскрыта в соответствии с Законом о медицинских записях от 2001 г. (Health Records Act 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.*

**Если по объективным причинам невозможно получить согласие от уполномоченного представителя, либо клиент не назначил такового, то медицинская информация может быть раскрыта в соответствии с условиями, обозначенными в Законе о медицинских записях от 2001 г. (Health Records Act 2001). Данные условия включают в себя обстоятельства раскрытия информации поставщиком медицинских услуг в целях оказания услуги, а также в соответствии с требованиями, предусмотренными законодательством.*

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):

Чтобы убедиться, что уполномоченный представитель клиента может принимать информированное решение о согласии на передачу информации, как указано выше, работник / врач должен (поставьте «галочку»):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Обсудить с клиентом предлагаемую передачу информации другим службам/агентствам;
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. Объяснить, что такая информация будет передана этим службам / агентствам только при согласии клиента и сообщить ему, что он все равно получит направление, даже если не даст своего согласия на передачу информации;
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Сообщить клиенту о конфиденциальности информации, например, предоставить брошюру Информация о вас – соблюдение конфиденциальности;
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Предоставить клиенту копию данной формы после заполнения.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012

Составлено Департаментом здравоохранения штата Виктория, 2012 г. (Victorian Department of Health, 2012)

Consent obtained/witnessed by:

Согласие получено / было засвидетельствовано:

Name:

Имя:

Sign:

Подпись:

Position/Agency:

Должность/Агентство:

Date: dd/mm/yyyy / /

Дата: дд/мм/гггг / /

CSI Page 1 of 1

CSI Стр. 1 из 1

Contact number:

Телефон: