

# Consent to share information

## ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ

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

ਮੰਤਵ: ਕੁਝ ਖਾਸ ਏਜੰਸੀ/ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਕਾਰਨ/ਕਾਰਨਾਂ ਲਈ ਖਪਤਕਾਰ ਵਲੋਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਕਰਨੀ।

**Consumer**  
**ਖਪਤਕਾਰ**

Name:  
ਨਾਮ:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /  
ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ / /

Sex:  
ਲਿੰਗ:

UR Number:  
UR ਨੰਬਰ:

or affix label here  
ਜਾਂ ਇੱਥੇ ਲੇਬਲ ਲਗਾਓ

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

### ਭਾਗ 1 : ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨੀ

Service Type ਸੇਵਾ ਦੀ ਕਿਸਮ Examples: - Physiotherapy - counseling ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ: - ਭੌਤਕ ਚਿਕਿਤਸਾ (ਫਿਜ਼ਿਓਥੈਰੇਪੀ) - ਸਲਾਹਕਾਰੀ	Name of Agency ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਨਾਮ Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ: - ਸਟਰਾਬੇਰੀ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ - ਬਲਿਊਬੇਰੀ ਸਿਟੀ ਕੌਂਸਿਲ	Type of Information ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸਮ Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ: - ਸਾਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ - ਖਪਤਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਦੱਸੀਆਂ ਛੋਟਾਂ	Purpose/s ਇਰਾਦੇ Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ: - ਸਲਾਹ ਲਈ ਭੇਜਣਾ - ਸਾਂਝੀ ਸੰਭਾਲ / ਮੁੱਦਾ ਯੋਜਨਾ - ਖਪਤਕਾਰ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਰਹੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ

Consent to Share Information ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ

### Section 2: Record of consent

### ਭਾਗ 2 : ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਾ ਲੇਖਾ ਜੋਖਾ

**Written consumer consent**  
 **ਖਪਤਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਲਿਖਤੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ**

*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.*

ਕਾਮੇ/ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਨੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਉਂ ਤੇ ਕਿਵੇਂ ਹੋਰਨਾਂ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਿਫਾਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਦਾ ਹੋਇਆ ਪੂਰੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਸਥਾਰ ਮੁਤਾਬਕ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

Signed: \_\_\_\_\_

ਹਸਤਾਖਰ: \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / /  
ਮਿਤੀ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) : / /

or  
ਜਾਂ

**Verbal consumer consent**

**ਖਪਤਕਾਰ ਦੀ ਜ਼ਬਾਨੀ ਆਗਿਆ**

*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.*

*ਮੈਂ ਖਪਤਕਾਰ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਕਿਉਂ ਤੇ ਕਿਵੇਂ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਰਨਾਂ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਪਰ ਦਿਤੇ ਗਏ ਵਿਸਥਾਰ ਮੁਤਾਬਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਬਾਰੇ ਪੂਰੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿਤੀ ਗਈ ਹੈ।*

or  
ਜਾਂ

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

**ਖਪਤਕਾਰ ਕੋਲ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨਹੀਂ ਹੈ**

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

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

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

ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ \_\_\_\_\_  
(ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਂ)

There is no authorising representative or they were uncontactable<sup>†</sup> therefore, the information 2001 will be shared as set out in the Health Records Act

ਕੋਈ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਸਨ, ਇਸ ਲਈ ਹੈਲਥ ਰਿਕਾਰਡ ਐਕਟ 2001 ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

*\*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.*

*\*ਜੇ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣਾ ਅਮਲੀ ਤੌਰ ਤੇ ਸੰਭਵ ਨਹੀਂ ਜਾਂ ਖਪਤਕਾਰ ਕੋਲ ਕੋਈ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਵੀ ਹੈਲਥ ਰਿਕਾਰਡ ਐਕਟ 2001 ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਹਾਲਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਦੁਆਰਾ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਉਚਿਤ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਿੱਥੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ।*

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):

ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਖਪਤਕਾਰ ਦਾ ਪਰਮਾਣਿਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ, ਉਪਰ ਦਿਤੇ ਗਏ ਵਿਸਥਾਰ ਮੁਤਾਬਕ, ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਣ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਸਮਝਿਆ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕੇ, ਕਾਮੇ/ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਨੂੰ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ (ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਬਾਅਦ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. ਹੋਰਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ/ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਖਪਤਕਾਰ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ
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. ਇਹ ਸਮਝਾਓ ਕਿ ਖਪਤਕਾਰ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨਾਲ ਹੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ/ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਅਤੇ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਾਓ ਕਿ ਖਪਤਕਾਰ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਤੋਂ ਬਗੈਰ ਵੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. ਖਪਤਕਾਰ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ 'ਚਤੁਰਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਹ ਗੁਪਤ ਰਹੇਗੀ' ਚ ਕਿਤਾਬਚਾ
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖਪਤਕਾਰ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਨਕਲ ਦਿਉ।

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
ਵਿਕਟੋਰੀਅਨ ਡੀਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਹੈਲਥ, 2012 ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ

Consent obtained/witnessed by:  
ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਲਈ ਗਈ / ਗਵਾਹੀ ਦੁਆਰਾ:

Name:  
ਨਾਮ:

Position/Agency:  
ਰੁਤਬਾ/ਸੰਸਥਾ:

Sign:  
ਹਸਤਾਖਰ:

Date: dd/mm/yyyy / /  
ਮਿਤੀ: ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ / /

CSI Page 1 of 1

ਸੀ ਐੱਸ ਆਈ ਸਫਾ 1 ਦਾ 1

Contact number:  
ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: