

# Consumer Consent to Share Information

## اجازه مُراجع برای مبادله معلومات

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

برای ریکارد کردن اجازه ای که شخص مراجع به میل خود داده تا معلومات وی با مؤسسه یا مؤسسات خاص برای مقصود معین مبادله شود.

### Consumer

مُراجع

Name:

نام:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

تاریخ تولد: روز/ماه/سال

Sex:

جنس:

UR Number:

شماره مریض:

or affix label here  
یا برچسب را اینجا بزنید

## Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

بخش 1: پیشنهاد استفاده و فاش سازی معلومات

Service Type نوع خدمت	Name of Agency نام مؤسسه	Type of Information (including limits as applicable) نوع معلومات (از جمله محدودیت هائی اگر وجود داشته باشد)	Purpose/s هدف ها
Examples: - Physiotherapy - Specialist consultant مثال: - فیزیوتراپی - داکتر متخصص	Examples: - Any agency - Nominated clinic مثال: - هر مؤسسه که باشد - یک کلینیک معین	Examples: - All relevant information - Test results only مثال: - همه معلومات ذیربط - فقط نتایج امتحان	Examples: - Referral - Care coordination مثال: - ارجاع - هماهنگ سازی مواظبت

Consumer Consent to Share Information

## Section 2: Record of Consumer Consent

بخش 2: ریکارد اجازه مراجعه کننده

### 2(a) Written Consumer Consent

Or

2 (ب) اجازه خط مراجعه کننده

### 2(b) Verbal Consumer Consent

2 (الف) اجازه شفاهی مراجعه کننده یا

*The worker/practitioner has discussed with me how and why certain information about me may be shared with other service providers. I understand this and I give my informed consent for the information to be shared as detailed above.*

مأمور / تداوی کننده برای من توضیح داد به چه نحو و چرا برخی از معلومات ممکن است با سایر مؤسسات ارائه کننده خدمت مبادله شود. من این مطلب را درک می کنم و آگاهانه اجازه می دهم تا معلومات به شرح فوق مبادله شود.

Signed: \_\_\_\_\_  
امضاء:

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
تاریخ: روز/ماه/سال / / \_\_\_\_\_

Signed by: \_\_\_\_\_  
امضاء توسط:

Consumer OR  
 مراجعه کننده یا

Authorised representative on behalf of: \_\_\_\_\_  
نماینده مجاز مراجعه کننده از جانب وی:

\_\_\_\_\_  
(Consumer)

\_\_\_\_\_  
(مراجع)

**Witnessed by:** \_\_\_\_\_  
**شاهد امضاء:**

Signed: \_\_\_\_\_  
(Worker/Practitioner)  
امضاء:

\_\_\_\_\_  
(مأمور / تداوی کننده)

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
تاریخ: روز/ماه/سال / / \_\_\_\_\_

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_  
نام مأمور / تداوی کننده:

Position: \_\_\_\_\_  
مقام او:

**Worker/Practitioner Use Only**  
قسمت مربوط به مأمور / تداوی کننده

Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.  
اجازه شفاهی فقط وقتی باید مورد استفاده قرار گیرد که داشتن اجازه خط عملی نباشد.

*I have discussed with the consumer/consumer's authorised representative 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.*

من با مراجعه کننده / یا نماینده مجاز مراجعه کننده راجع به نحوه مبادله برخی از معلومات به سایر مؤسسات ارائه کننده خدمت و علت آن توضیح داده ام. من قانع شدم که این مطلب را فهمید و اجازه آگاهانه برای مبادله معلومات به شرح فوق داده شد.

Signed: \_\_\_\_\_  
(Worker/Practitioner)  
امضاء:

\_\_\_\_\_  
(مأمور / تداوی کننده)

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
تاریخ: روز/ماه/سال / / \_\_\_\_\_

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_  
نام مأمور / تداوی کننده:

Position: \_\_\_\_\_  
مقام او:

To ensure the consumer/consumer's authorised representative is able to make an informed decision about consent to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should: (tick when completed)

برای حصول اطمینان از اینکه مراجع / نماینده مجاز مراجع قادر به اتخاذ تصمیم آگاهانه در باره دادن اجازه برای مبادله معلومات به شرح فوق می باشد، مأمور/تداوی کننده باید: (وقت خانه پری علامت صحیح ✓ بزنید)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies   
1- با مراجعه کننده، مبادله معلومات با سایر مؤسسات/ ارائه کنندگان خدمت را توضیح دهید
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- تشریح کنید که معلومات شخص مراجعه کننده فقط وقتی با این مؤسسات / خدمات مبادله می شود که مصرف کننده موافقت داشته باشد، موقع ارجاع، مشوره دهید که اگر اجازه مبادله معلومات هم توسط شخص مراجع داده نشود باز ارجاع برای دریافت خدمت همچنان انجام خواهد شد
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'   
3- به مصرف کننده (مراجع) راجع به حفظ حریم خصوصی نشریه ای مانند "معلومات راجع به شما – این خصوصی است" را بدهید
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed   
4- به شرط تقاضا، به مراجعه کننده یک (کاپی) از این فرم را پس از تکمیل شدن بدهید (به مقررات مراجعه کنید)

Produced by the Victorian Department of Human Services, 2009

This information collected by: \_\_\_\_\_ CCSI Page 2 of 2

Name: \_\_\_\_\_ Position/Agency: \_\_\_\_\_

Sign: \_\_\_\_\_ Date: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_ Contact number: \_\_\_\_\_