

# Consumer Consent to Share Information

## Согласност на корисникот за споделување на информациите

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

За запишување на слободно дадената информирана согласност на корисникот за споделување на неговите информации со специфични агенции заради специфични цели.

### Consumer

#### Корисник

Name:

Име:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Датум на раѓање: ден/месец/година / /

Sex:

Пол:

UR Number:

UR број:

or affix label here  
или залепете ја налепницата овде

## Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

### Дел 1: Предложени начини на користење и откривање на информациите

Service Type Вид на услуга	Name of Agency Име на агенцијата	Type of Information (including limits as applicable) Вид на информација (вклучувајќи ги и важечките ограничувања)	Purpose/s Цел/и
Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant Примери: – Физиотерапија – Советник специјалист	Examples: – Any agency – Nominated clinic Примери: – Било која агенција – Назначена клиника	Examples: – All relevant information – Test results only Примери: – Сите важни информации – Само резултатите од проверките	Examples: – Referral – Care coordination Примери: – Упат – Координација на негата

## Section 2: Record of Consumer Consent

### Дел 2: Запишување на согласноста на корисникот

2(a) Written Consumer Consent Or  
2(a) Писмена согласност на корисникот Или

*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.*

*Работникот/медицинскиот работник разговараше со мене за тоа како и зошто некои информации за мене можеби треба да се споделат со други даватели на услуги. Го разбираам тоа и давам информирана дозвола информациите да бидат споделени како што е наведено подолу.*

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

Потпис: \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / /

Датум: ден/месец/година / /

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

Потпишал: \_\_\_\_\_

Consumer OR

Корисникот ИЛИ

Authorised representative on behalf of: \_\_\_\_\_

Овластен застапник во име на: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Корисник)

**Witnessed by:**

**Сведок:**

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

(Worker/Practitioner)

Потпис: \_\_\_\_\_

(Работник/Медицински работник)

Dated: dd/mm/yyyy / /

Датум: ден/месец/година / /

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_

Име на работникот/медицинскиот работник: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

Работно место: \_\_\_\_\_

2(b) Verbal Consumer Consent  
2(b) Усна согласност на корисникот

Worker/Practitioner Use Only

Го користи само работникот/медицинскиот работник

Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.

Усната согласност треба да се користи само кога не е можно да се добие писмена согласност.

*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.*

*Разговарав со корисникот/овластениот застапник на корисникот зошто и како одредени информации може да бидат споделени со други даватели на услуги. Уверен сум дека то/таај ме разбра и дека даде информирана согласност за споделување на информациите како што е наведено погоре.*

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

(Worker/Practitioner)

Потпис: \_\_\_\_\_

(Работник/Медицински работник)

Dated: dd/mm/yyyy / /

Датум: ден/месец/година / /

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_

Име на работникот/медицинскиот работник: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

Работно место: \_\_\_\_\_

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)

За да се осигура дека корисникот/овластениот застапник на корисникот е способен да донесе информирана одлука во врска со согласноста за откривањето на неговите информации, како што е наведено погоре, работникот/медицинскиот работник: (означете откако ќе го сторите тоа)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Да разговара со корисникот за предложеното споделување информации со други служби/агенции
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. Да објасни дека информациите на корисникот ќе им бидат откриени на тие служби/агенции само ако корисникот се согласил и, кога упатува, да извести дека упатот до службата ќе важи дури и ако корисникот не сака неговите информации да бидат откриени
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
3. Да му даде на корисникот информации за приватноста, како што е брошурата „Вашите информации се приватна работа“
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed
4. На барање на корисникот, да му даде примерок од овој формулар (видете ги упатствата) откако тој ќе биде пополнет

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: _____