

# Consumer Consent to Share Information

## Сагласност корисника за размену информација

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

Да би се увела слободно дата информисана сагласност корисника за размену његових информација са одређеним агенцијама због одређене сврхе.

### Consumer

#### Корисник

Name:

Име:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Датум рођења: дан/месец/година / /

Sex:

Пол:

UR Number:

UR број:

or affix label here  
или залепите налепницу овде

## Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

### Део 1: Предложени начини коришћења и давања информација

Service Type Врста услуге	Name of Agency Име агенције	Type of Information (including limits as applicable) Врста информације (укључујући и важећа ограничења)	Purpose/s Сврха/е
Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant Примери: – Физиотерапија – Саветник специјалист	Examples: – Any agency – Nominated clinic Примери: – Било која агенција – Одређена клиника	Examples: – All relevant information – Test results only Примери: – Све важне информације – Само резултати провера	Examples: – Referral – Care coordination Примери: – Упут – Координација неге

## Section 2: Record of Consumer Consent Део 2: Потврда сагласности корисника

2(a) Written Consumer Consent Or  
2(a) Писмена сагласност корисника 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.*  
*Радник/медицински радник је разговарао са мном о томе како ће и зашто неке информације о мени можда бити споделењене са другим даваоцима услуга. Разумем то и дајем своју информисану сагласност да се информације споделе као што је горе наведено.*

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

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
Датум: дан/месец/година / / \_\_\_\_\_

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

Consumer OR  
 Корисник ИЛИ  
 Authorised representative on behalf of:  
 Овлашћен заступник у име: \_\_\_\_\_

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

**Witnessed by:**  
**Сведок:**

Signed: \_\_\_\_\_  
(Worker/Practitioner)  
Потпис: \_\_\_\_\_  
(Радник/Медицински радник)

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
Датум: дан/месец/година / / \_\_\_\_\_

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_  
Име радника/медицинског радника: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_  
Радно место: \_\_\_\_\_

2(b) Verbal Consumer Consent  
2(b) Усмена сагласност корисника

Worker/Practitioner Use Only  
Користи само радник/медицински радник  
Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.  
Усмену сагласност треба користити само када је немогуће добити писмену сагласност.

*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.*  
*Разговарао сам с корисником/овлашћеним заступником корисника о томе како и зашто одређене информације могу бити споделењене са другим даваоцима услуга. Уверен сам да је он то разумео и да је дао информисану сагласност за споделивање информација као што је горе наведено.*

Signed: \_\_\_\_\_  
(Worker/Practitioner)  
Потпис: \_\_\_\_\_  
(Радник/Медицински радник)

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
Датум: дан/месец/година / / \_\_\_\_\_

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_  
Име радника/медицинског радника: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_  
Радно 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)

Да би се осигурало да је корисник/овлашћени заступник корисника способан да донесе информисану одлуку у вези сагласности за откривање његових информација, као што је наведено горе, радник/медицински радник треба: (означите када завршите)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Да разговара са корисником о предложеном споделивању информација са другим службама/агенцијама
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 да ће информације корисника бити откривене тим службама/агенцијама само ако се корисник сагласио и, кад даје упут, да обавести да ће упут служби ипак важити чак и ако корисник не жели да његове информације буду откривене
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
3. Да кориснику да информације о приватности, као што је брошура "Ваше информације су приватна ствар"
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed
4. Да на захтев корисника, да кориснику примерак овог формулара (погледајте упутства) након попуњавања

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: \_\_\_\_\_