

## Obrazac za isključenje / odjavu — odrasli, roditelj / skrbnik ili odgovorna osoba

Izjava koju daju odrasli, roditelj / skrbnik (u ime djeteta ili malodobne osobe) ili odgovorna osoba (u ime osobe koja nije u stanju ili nije kompetentna za davanje suglasnosti u svoje ime)

Potpisujem ovaj obrazac da se isključim / odjavim iz programa MedicineInsight. Potpisivanjem obrasca prihvaćam sljedeće stvari:

- Pročitao/la sam informacijski list, ili pročitao mi ga je netko na jeziku koji razumijem. Prevedeni primjerci informacijskog lista se mogu naći i na: <https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- Imao/la sam priliku postavljati pitanja o programu MedicineInsight. Ordinacija mi je objasnila taj program, i dobio/la sam odgovore na moja pitanja.
- Razumijem da će ordinacija prestati prosljeđivati moje podatke ili podatke osobe u čije ime potpisujem ovaj obrazac programu MedicineInsight i shvaćam da možda neće biti moguće povući podatke koji su prikupljeni do podnošenja zahtjeva za isključenje iz programa.
- Razumijem da moja odluka da se isključim iz programa MedicineInsight neće utjecati na zdravstvenu skrb koju ja ili osoba u čije ime donosim ovu odluku primamo sada i ubuduće.

Obilježite kvačicom ovaj kvadratić ako se želite isključiti / odjaviti iz programa MedicineInsight:

Želim se isključiti / odjaviti iz programa MedicineInsight

Obilježite kvačicom ovaj kvadratić ako obrazac popunjavate u ime druge osobe:

Obrazac popunjavam u ime djeteta / malodobne osobe ili osobe koja nije u stanju ili nije kompetentna za davanje suglasnosti u svoje ime.

Ime osobe	
Ime roditelja / staratelja ili odgovorne osobe. <i>*Ako obrazac potpisujete u svoje ime, ostavite ovo prazno.</i>	
Adresa	
Starosna dob (godine)	

Potpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Popunjeni obrazac predajte liječniku opće prakse ili na recepciji ordinacije.**

### \*ZA SLUŽBENU UPORABU

Pacijenta sam odstranio/la iz alata za prikupljanje podataka za program MedicineInsight

Poduzeo/la sam mjere da alat za prikupljanje podataka za program MedicineInsight više ne prikuplja podatke iz zdravstvene evidencije ovog pacijenta

Ime djelatnika koji je obradio zahtjev	
--	--

Potpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_