

## Формулар за откажување (opt-outform) – Возрасни, родител/ старател или одговорно лице

Изјава од возрасно лице, родител/старател (во име на дете или малолетно лице) или одговорно лице (во име на лице кое не може или не е способно да даде согласност за себе)

Јас го потпишувам овој формулар за откажување од програмата MedicineInsight program. Кога го потпишувам овој формулар, јас ги прифаќам следните работи:

- Јас го прочитав информативниот лист или некој ми го прочита на јазик што го разбираам. Преведени копии на информативниот лист може да се најдат на <https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- Јас имав можност да поставам прашања за MedicineInsight. Во клиниката по општа пракса ми беше објаснета програмата и беше одговорено на моите прашања.
- Јас разбираам дека клиниката ќе престане да ги дава моите информации, или информациите поврзани со лицето за кого овој формулар за откажување е потпишан, на MedicineInsight и признавам дека можеби не е можно да се повлечат информациите собрани до ова откажување.
- Јас разбираам дека одлуката да се повлечам од MedicineInsight нема да влијае на здравствената нега која јас, или лицето во чие име оваа одлука е донесена, ќе ја добијам сега или во иднина.

Ве молиме штиклирајте го овој квадрат ако сакате да се повлечете од програмата MedicineInsight:

Јас сакам да се повлечам од програмата MedicineInsight

Ве молиме штиклирајте го овој квадрат ако овој формулар го пополнувате во име на некој друг:

Јас го пополнувам овој формулар во име на дете/малолетно лице или во име на лице кое не може или не е способно да даде согласност за себе.

Име и презиме на лицето	
Име на родител/старател или одговорно лице <i>*Ако потпишувате во ваше име, оставете го ова поле празно</i>	
Адреса	
Возраст (години)	

Потпис: \_\_\_\_\_ Датум: \_\_\_\_\_

**Ве молиме овој пополнет формулар да го вратите на вашиот лекар по општа пракса (GP) или на рецепцијата на клиниката.**

### \*ЗА СЛУЖБЕНА УПОТРЕБА

Јас го отстранив пациентот од алатката за собирање податоци MedicineInsight

Јас презедов мерки за да обезбедам дека алатката MedicineInsight не собира податоци од медицинската документација на пациентот

Име на службеникот кој презел мерки	
-------------------------------------	--

Потпис: \_\_\_\_\_ Датум: \_\_\_\_\_