

## Mẫu đơn từ chối tham gia chương trình — Người lớn, Phụ huynh/Người giám hộ hoặc Người chịu trách nhiệm

Tuyên bố của người lớn, phụ huynh/người giám hộ (thay mặt cho trẻ em hoặc trẻ vị thành niên) hoặc người chịu trách nhiệm (thay mặt cho người không có khả năng hoặc không đủ thẩm quyền để đưa ra sự đồng ý cho chính họ)

Tôi ký vào mẫu đơn này để từ chối tham gia chương trình MedicineInsight. Khi tôi ký vào mẫu đơn, tôi chấp nhận những điều dưới đây:

- Tôi đã đọc Tờ Thông tin hoặc ai đó đã đọc cho tôi bằng ngôn ngữ mà tôi hiểu được. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản dịch của Tờ thông tin tại: <https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- Tôi đã có cơ hội nêu lên thắc mắc về MedicineInsight. Phòng khám đã giải thích chương trình cho tôi và các thắc mắc của tôi đã được giải đáp.
- Tôi hiểu rằng phòng khám sẽ ngừng tiết lộ thông tin của tôi, hoặc thông tin liên quan đến người được ký trong mẫu đơn từ chối tham gia chương trình này, cho MedicineInsight và thừa nhận rằng có thể không thể rút lại thông tin đã thu thập cho đến thời điểm từ chối tham gia này.
- Tôi hiểu rằng quyết định từ chối tham gia MedicineInsight sẽ không ảnh hưởng đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà tôi, hoặc người được tôi thay mặt đưa ra quyết định này, sẽ nhận được bây giờ hoặc trong tương lai.

Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu quý vị muốn từ chối tham gia chương trình MedicineInsight:

Tôi muốn từ chối tham gia chương trình MedicineInsight

Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu quý vị thay mặt cho người khác điền vào mẫu đơn này:

Tôi đang điền vào mẫu đơn này thay mặt cho trẻ em/trẻ vị thành niên hoặc người không thể hoặc không đủ thẩm quyền để đưa ra sự đồng ý cho chính họ.

Tên	
Tên của phụ huynh/người giám hộ hoặc người chịu trách nhiệm. <i>*Nếu quý vị tự ký thì để trống phần này.</i>	
Địa chỉ	
Tuổi (theo năm)	

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Vui lòng gửi lại mẫu đơn đã điền này cho bác sĩ đa khoa của quý vị hoặc bộ phận tiếp tân của phòng khám.

### \*DÀNH CHO VĂN PHÒNG

Tôi đã xóa chi tiết của bệnh nhân khỏi công cụ thu thập dữ liệu MedicineInsight

Tôi đã thực hiện hành động để đảm bảo rằng công cụ MedicineInsight không thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân

Tên nhân viên hành động	
-------------------------	--

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_