



Molimo Vas da pokazete recepciji Mediker karticu ili bilo koju drugu zdravstvenu karticu ako je imate ( npr. Penzionersku)

Title: Mr Mrs Ms Miss Master Dr Sir Ostalo

Ime [First Name] \_\_\_\_\_ Nadimak \_\_\_\_\_

Prezime [Surname] \_\_\_\_\_

Datum Rođenja [Date of Birth] \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pol [Gender] Muski [Male] Zenski [Female] Ostalo [ Other]

Rodni identitet : Muski [ Male] Zenski [ Female] Ne-binarni [ Non-Binary] Transrodni [Transgender] Ostalo [Other]

Način obraćanja: Ona/Nju/Njoj On/Njemu/Njega Oni/Njih/Njima

Adresa [Address] \_\_\_\_\_

Regija \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Kucni Telefon [Home Phone] \_\_\_\_\_ Telefon na poslu [Work Phone] \_\_\_\_\_

Mobilni [Mobile Phone] \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Zanimanje [Occupation] \_\_\_\_\_

Zemlja u kojoj ste rođeni (Country of Birth) \_\_\_\_\_ Nacionalnost (Ethnicity) \_\_\_\_\_

Jezik koji govorite [Main language spoken?] \_\_\_\_\_

Mediker broj kartice \_\_\_\_\_ Vas broj na kartici \_\_\_\_\_ Datum isteka \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Concession broj kartice \_\_\_\_\_ Datum isteka: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Zdravstvena centerlink kartica

Penzionerska kartica

Vojni invalidi

(Kontakt osoba za hitne slucajeve) \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

(Veza sa kontakt osobom) Relationship: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact:**

Ime u slucaju hitnoće \_\_\_\_\_ Kontakt telefon [Contact number] \_\_\_\_\_

Veza sa gore navedenom osobom \_\_\_\_\_

Bračno Stanje [Marital status] Neozenjen/neudata [Single] Ozenjen/udata [Married]

Razveden-a [Divorced] Razdvojen-a Separated De facto Udovac/Udovica [Widowed]

Kako ste čuli za Greenslopes kliniku? Zaokružite [How did you find out about Greenslopes Family Practice? Please circle]

Prijatelj/familija [Friend/Family]

Apoteka [Pharmacy]

Listic u posti [Flyer in Mailbox]

Internet → gdje [Online → [Where] \_\_\_\_\_

Razno (molimo specificirajte) [Other (please specify)] \_\_\_\_\_

Ja izjavljujem da su informacije gore ispravne i istinite

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

### **Pacijentova saglasnost**

**Greenslopes Family Practice** cijeni Vasu privatnost. Sve informacije o Vama u ovoj praksi su čuvane u strogoj privatnosti. Sa uvođenjem Privacy Amendment ( Private Sector) Act 2000 u decembru 2000 mi sada zahtjevamo Vaš pristanak za upotrebu i otkrivanje Vaših personalnih zdravstvenih informacija. Mi zahtjevamo Vaš pristanak za prikupljanje zdravstvenih informacija o Vama. Pristup ovim informacijama može biti zahtjevan direktno ili indirektno od strane druge zdravstvene ustanove kao npr. patologija, apoteka, specijalisti, bolnice i Mediker. Vase personalne zdravstvene informacije neće biti prodane marketing kompanijama i ne mogu biti koristene za promocije ne-zdravstvenih produkata ili servisa. Molimo Vas pročitajte ovu formu pažljivo, obilježite kvadrate sa kojima se slazete i potpisite ispod.

Ova praksa prikuplja informacije takve da je primarna svrha pružanje kvalitetne zdravstvene njege. Za te potrebe treba da znamo Vašu detaljnu istoriju bolesti, uključujući I prijašnje rezultate I posjete raznim specijalistima. Molimo obilježite kvadrate ako dajete saglasnost da ove informacije budu koristene od strane prakse na sledece nacine:

- Dajem saglasnost da moje personalne zdravstvene informacije budu koristene za administrativne i klinicke svrhe koje će asistirati u vođenju **Greenslopes Family Practice**, uključujući otkrivanje drugima koji su umjesani u moju zdravstvenu njegu kao sto su doktori i specijalisti izvan ove medicinske prakse. Ovo se može desiti preko uputnice drugom doktoru, za medicinske testove kao dio izvještaja ili dio rezultatima koji su vraćeni doktoru.
- Dajem moju saglasnost da treća osoba bude prisutna tokom moje konsultacije. Ovo uključuje Medicinski sestru ili medicinskog studenta. Takođe razumijem da ću biti pitan/a o ovome prije nego što vidim doktora.
- Dajem moju saglasnost da budem dio nacionalnog i teritorijalnog sistema podsjetnika.
- Dajem moju saglasnost da zaposleni u Greenslopes Family Practice koriste sve telefonske brojeve da kontaktiraju mene I nominirane osobe sa moje strane. Ja razumijem da to može značiti otkrivanje mojih personalnih informacija tim osobama.
- Dajem moju saglasnost za primanje SMS podsjetnika za moje termine u Greenslopes Family Practice.
- Dajem moju saglasnost za primanje SMS podsjetnika od Greenslopes Family Practice.
- Obavjesten/a sam o cijenama medicinskih servisa. Ja prihvatam odgovornost za plaćanje ovog računa , uključujući vakcinacije i previjanja, ako se to odnosi na mene.
- Ako ima ikakvih promjena u mojim detaljima uključujući adresu i broj telefona obavjestiću Greenslopes Family Practice.

Ja razumijem da obilježavanjem kvadrata gore dajem autoritet GFP da koristi moje relevantne personalne i zdravstvene informacije, a isto tako da ja imam parvo da povučem bilo koju informaciju usmeno ili pismeno.

Ime pacijenta stampano: ..... Potpis pacijenta: .....

Datum : .....

Stampano ime i potpis od roditelja (ako je osoba mlađa od 18god).....