# 메디케어 긴급 케어 클리닉 (Medicare Urgent Care Clinics)는 호주 연방 정부, 주 및 테리토리 정부가 자금을 지원하는 공중 보건 사업입니다.

# 이 클리닉은 의료 서비스를 제공할 때 (귀하, 귀하의 자녀 또는 귀하의 책임 하에 있는 다른 사람에 관한) 개인 정보를 수집합니다.

**개인 정보**는 귀하의 이름 및 주소 등 귀하를 식별하는 정보입니다. 본 클리닉은 귀하의 이름, 연령, 주소, 메디케어 번호, 원주민 여부, 귀하의 건강 및 귀하에게 제공되는 서비스 (예: 제공되는 치료 유형 및 치료 시간)에 대한 정보를 수집합니다.

**비식별화된 정보**는 사람에 대한 정보이지만 사람의 신원이 알려져 있지 않고 신원을 식별할 수도 없습니다.

# Medicare Urgent Care Clinics가 호주인들에게 시기 적절하고 저렴한 의료 서비스(특히 근무 시간 외)를 제공하기 위해 노력하고 있는지, 그리고 응급실에 대한 수요를 줄이는 데 도움이 되는지 여부를 지역 사회가 알아내는 것이 매우 중요합니다.

**귀하가 동의하는 경우** - 본 클리닉은 귀하에게 제공된 서비스에 대한 **비식별화된 정보**를 호주 연방 정부 보건 및 노인 케어부에 제공할 것입니다. 본 클리닉의 기록 시스템은 안전한 데이터 수집 서비스 (본 기관에서 계약한 제 3자가 제공)를 사용하여 정보를 보내기 전에 **귀하의 이름, 생년월일, 주소 및 메디케어 번호를 제거합니다**.

본 기관은 비식별화된 정보를 다른 메디케어 정보와 별도로 보관하고 다음 용도로만 사용합니다.

* 본 사업의 영향을 점검하고 서비스 개선을 통지
* 통계 및 보고서 준비
* 정부 정책 및 프로그램 통지 및 평가
* 서비스 계획 통지. 그리고
* 연구 및 개발 수행.

본 기관은 관련 개인정보 보호법을 항상 준수합니다.

# 본 기관은 또한 주 및 테리토리 정부, Primary Health Networks 및 Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 등의 기관에 비식별화된 정보를 제공하여 귀하의 거주지역에서 의료 서비스를 계획하고 아울러 의료 시스템 작동 방법을 분석하는 데에 중요한 역할을 수행할 수 있습니다.

# AIHW와 주 및 테리토리 정부는 제공된 비식별화된‑정보를 이미 보유하고 있는 다른 데이터와 결합할 수 있지만, 이는 개인정보 보호 및 기타 법률에 따라 허용되는 경우에만 가능합니다. 귀하의 비식별화된 정보는 클리닉에서 생성된 고유 코드를 사용하여 결합될 수도 있습니다. 이 코드를 사용하면 귀하를 개별적으로 식별하지 않고도 다양한 데이터 소스로부터 귀하의 정보를 결합할 수 있습니다. 이 기관들은 연구 결과물, 보고서 또는 기타 작업 결과물에서 귀하가 개별적으로 식별될 수 없음을 확실시할 것입니다.

**귀하가 이 공유에 동의할 필요는 없습니다**. 귀하가 거절하더라도 본 클리닉에서 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 귀하가 마음이 바뀔 경우, 비식별화된 정보 전송을‑중단하도록 본 클리닉에 지시할 수 있습니다 (단, 이미 공유된 비식별화된 정보의 사용을 중단할 수는 없습니다).

개인정보 보호 문의 또는 불만사항 제기방법을 포함하여 Medicare Urgent Care Clinic Program의 일부로 정보가 처리되는 방법에 대한 **더 자세한 내용**은 [www.health.gov.au/our-work/medicare-urgent-care-clinics](http://www.health.gov.au/our-work/medicare-urgent-care-clinics)에서 제공되는 Medicare UCC 개인 정보 보호 고지에서 확인하거나 이 클리닉에 사본을 요청할 수 있습니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*환자 이름*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*부모 또는 보호자의 이름 (해당되는 경우)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*환자/부모/보호자의 서명

날짜: \_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**동의서**

[ ]  본인은 이 양식에 명시된 목적을 위해 본 기관에 비식별화된 정보를 제공하는 데 동의합니다.

[ ]  본인은 이 양식에 명시된 목적을 위해 본 기관에 비식별화된 정보를 제공하는 데 동의하지 않습니다.