

**PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL
HEALTH SERVICE DISTRICT
DIVISION OF MENTAL HEALTH**

UR: _____

SURNAME: _____



**Queensland
Government**
Queensland Health

Transcultural Clinical
Consultation Service,
Qld Transcultural
Mental Health Centre
1800 188 189

GIVEN NAMES: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____

MALE

FEMALE

(Affix patient label here)

መረጃ የመሰብሰብ ሆኑ የማሰራጨት ፈቃድ

ለሚመለከተው ሁሉ

ለኩንስ ላንድ የተራንስ ካልቸራል የአይምሮ ጤና ማእከል ሠራተኞች፤ መረጃ ለመሰብሰብ ሆኑ የተሰበሰበውን መርጃ ለሌሎች ድርጅቶች/ለሚያገባቸው ግለሰቦች፤ ለግምገማና ልህክምና የሚውል እቅድ ለማውጣት እንዲቻል ፈቅጃለሁ።

አገልግሎቱ፤ በተለየ ሁኔታ (ከድርጅት (ቶች)) እና/ግለሰቦች፤ ጋር ግንኙነት እንዳያደርግ የሚጠብቁ ከሆነ፡ ዝርዝሩን ይጻፉ፤

.....
.....
.....
.....
.....
.....

የተጠቃሚው ፊርማ: ቀን: ____/____/____

የተጠቃሚው ሙሉ ስም:

የሠራተኛው ፊርማ: ቀን: ____/____/____

ሥያቄ:

የሠራተኛው ሙሉ ስም:

AMHARIC

CONSENT TO RELEASE INFORMATION