

PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL
HEALTH SERVICE DISTRICT
DIVISION OF MENTAL HEALTH



Queensland
Government
Queensland Health

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

UR: _____

SURNAME: _____

GIVEN NAMES: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____

MALE

FEMALE

(Affix patient label here)

موافقة على السماح بتحصيل المعلومات والتصريح بها

إلى من يهمه الأمر

بهذا أمنح موافقتي للعاملين في المجال السريري من مركز خدمات الصحة العقلية عبر الحضارات في كوينزلاند من أجل استلام البيانات الضرورية من، وتقديمها للوكالات الأخرى/الأشخاص المعنيين لغرض المساعدة في تقييم حالتي والتخطيط لعلاجي لها.

استثناءات (المؤسسات والأشخاص الذين لا تريد من الخدمة الاتصال بهم):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

توقيع العميل: التاريخ: ____/____/____

اسم العميل:

توقيع الموظف: التاريخ: ____/____/____

الوظيفة:

اسم الموظف: