


PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL HEALTH SERVICE DISTRICT DIVISION OF MENTAL HEALTH		UR: _____ SURNAME: _____ GIVEN NAMES: _____ DATE OF BIRTH: ___/___/___ MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> (Affix patient label here)
 Queensland Government <small>Queensland Health</small>	Transcultural Clinical Consultation Service, Qld Transcultural Mental Health Centre 1800 188 189	

PRISTANAK NA PRIMANJE I DAVANJE INFORMACIJA

Ovim potpisom dajem svoj pristanak da osoblje Transkulturnog centra za zaštitu duševnog zdravlja Queenslanda (*Qld Transcultural Mental Health Centre*) prima informacije od odgovarajućih agencija ili osoba i pruža potrebne informacije odgovarajućim agencijama ili osobama, a u svrhu vršenja procjene moga zdravlja i planiranja liječenja.

Navedite one organizacije ili osobe sa kojima ne želite da stupamo u vezu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Potpis korisnika usluga: Datum: ___/___/___

Prezime i ime (štampanim slovima):

Potpis službenika: Datum: ___/___/___

Položaj službenika:

Prezime i ime službenika (štampanim slovima):

CONSENT TO RELEASE INFORMATION - BOSNIAN