

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)

獲取及發放信息同意書

敬啓者

本人同意昆士蘭跨文化精神健康中心的臨床醫護人員，爲了幫助評估本人的情況及制訂治療計劃的緣故，從其他機構/適當人士獲取及向他們提供所需的信息。

例外(你不希望本服務接觸的機構/人士):

.....

.....

.....

.....

.....

客戶簽名: 日期: __/__/__

客戶姓名(正楷書寫):

職員簽名: 日期: __/__/__

職位:

職員姓名(正楷書寫):