


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	

PRIVOLA ZA PRIMANJE I PRUŽANJE INFORMACIJA

Potpisom ove izjave dajem suglasnost da kliničko osoblje Transkulturnog centra za duševno zdravlje Queenslanda (*Qld Transcultural Mental Health Centre*) prima informacije od drugih agencija i osoba, te da im pruža potrebne informacije kako bi mi se pružila pomoć pri procjeni i planiranju mog liječenja.

Iznimke (navedite one organizacije i one osobe koje ne želite uključiti u ovu razmjenu informacija):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Potpis korisnika usluga: Datum: ___/___/___

Ime i prezime (štampanim slovima):

Potpis službenika: Datum: ___/___/___

Položaj službenika:

Ime i prezime službenika (štampanim slovima):