

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)

موافقت با کسب و عرضه داشتن اطلاعات

به مقام ذیربط

بدین وسیله به کارمندان درمانگاهی مرکز بهداشت روانی میان فرهنگی کویزلند اجازه میدهم که جهت کمک به ارزیابی وضع اینجا نب و برنامه ریزی معالجاتی من، از سایر موسسات و یا افراد ذیربط کسب اطلاعات نموده و یا اطلاعات در اختیار آنها بگذارند.

استثنائات (موسسات و افرادی که مایل نیستید این مرکز با آنان تماس بگیرد) :

.....

.....

.....

.....

.....

امضای استفاده کننده : تاریخ / /

نام استفاده کننده بطور خوانا :

امضای کارمند : تاریخ / /

سمت :

نام کارمند بطور خوانا :