

**PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL
HEALTH SERVICE DISTRICT
DIVISION OF MENTAL HEALTH**



**Queensland
Government**
Queensland Health

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

UR: _____

SURNAME: _____

GIVEN NAMES: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____

MALE

FEMALE

(Affix patient label here)

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

ΠΡΟΣ ΚΑΘΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΝ

Δίνω άδεια για το κλινικό προσωπικό του Διαπολιτισμικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Κουηνσλάνδης (Qld Transcultural Mental Health Centre) να λαμβάνει πληροφορίες από, και να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες σε άλλες υπηρεσίες/κατάλληλα πρόσωπα με σκοπό να υποβοηθούν την αξιολόγηση και τον προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής μου.

Εξαιρέσεις (οργανισμός(οί) και/άτομα με τα οποία δεν αναμένεται να επικοινωνεί η υπηρεσία):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Υπογραφή Καταναλωτή: Ημερομηνία: ____/____/____

Όνομα Καταναλωτή με Κεφαλαία:

Υπογραφή Μέλους του Προσωπικού..... Ημερομηνία: ____/____/____

Θέση:

Όνομα Μέλους του Προσωπικού με Κεφαλαία:

CONSENT TO RELEASE INFORMATION - GREEK