


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

## सूचना प्राप्त करने व देने की स्वीकृति

### जिससे भी संबंध हो

मैं क्वींसलैंड अन्तरसांस्कृतिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्र के चिकित्सीय कर्मचारी-दल को इसकी आज्ञा देता/ देती हूँ कि वे अन्य एजेंसियों/ समुचित व्यक्तियों से मुझसे संबंधित आवश्यक जानकारी प्राप्त कर सकते हैं व दे सकते हैं ताकि मुझे अपने आंकलन व चिकित्सा-नियोजन में सहायता प्राप्त हो सके।

अपवाद (वे संगठन और/ व्यक्ति जिनको आप चाहते हैं कि यह सेवा संपर्क न करे): .....

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

उपभोक्ता के हस्ताक्षर : ..... तिथि : ...../...../.....

उपभोक्ता का नाम अंगित करें : .....

कार्यकर्ता के हस्ताक्षर: ..... तिथि : ...../...../.....

पदनाम : .....

कार्यकर्ता का नाम अंगित करें : .....