


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 Queensland Health	Transcultural Clinical Consultation Service, Old Transcultural Mental Health Centre 1800 188 189	

SURAT IJIN PEMBERIAN DAN PENYEBARAN
INFORMASI

Kepada Yang Berkepentingan

Saya memberi ijin kepada staf klinis Pusat Kesehatan Mental Transkultural Queensland untuk menerima informasi dari, dan untuk memberi informasi yang diperlukan kepada yayasan-yayasan/orang-orang yang sesuai lainnya untuk membantu dalam penilaian dan perencanaan pengobatan saya.

Pengecualian (organisasi-organisasi dan/orang-orang yang tidak diharapkan dihubungi oleh layanan ini):

.....

.....

.....

.....

.....

Tanda tangan klien: Tanggal: __/__/__

Cetak nama klien:

Tanda tangan staf: Tanggal: __/__/__

Pangkat staf:

Cetak nama staf:

CONSENT TO RELEASE INFORMATION - INDONESIAN