


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	

ការអនុញ្ញាតឲ្យទទួលនិងបញ្ចេញព័ត៌មាន

ជូនចំពោះអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងឡាយ

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលិកព្យាបាលនៃ Old Transcultural Mental Health Centre (មណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តឆ្លងកាត់វប្បធម៌រដ្ឋគ្លីឡែន) ទទួលព័ត៌មានពី និងផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់ ទៅឲ្យបណ្តាស្ថាប័ន ឬអ្នកសមស្របផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយក្នុងការធ្វើផែនការពិនិត្យវាយតម្លៃនិងព្យាបាលខ្លួនខ្ញុំ។

ការលើកលែង (អង្គការ និង ឬ អ្នកទាំងឡាយដែលលោកអ្នកមិនរំពឹងឲ្យមណ្ឌលនេះទាក់ទងជាមួយ):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ហត្ថលេខារបស់អ្នកប្រើប្រាស់មណ្ឌល: ថ្ងៃទី: ____/____/____

សរសេរឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់មណ្ឌល:

ហត្ថលេខាបុគ្គលិក: ថ្ងៃទី: ____/____/____

មុខដំណែង:

សរសេរឈ្មោះបុគ្គលិក:

CONSENT TO RELEASE INFORMATION - KHMER