

**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)

ZGODA NA UZYSKIWANIE I UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI

DO ZAINTERESOWANYCH

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie i udostępnianie innym instytucjom/właściwym osobom przez personel kliniczny ośrodka Qld Transcultural Mental Health Centre informacji niezbędnych do oceny mojego stanu zdrowia i zaplanowania leczenia.

Wyjątki (organizacje lub osoby, na kontaktowanie się z którymi przez ośrodek nie wyraża Pan/i zgody):

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

Podpis Konsumenta: Data: ___/___/___

Imię i nazwisko Konsumenta (drukiem):

Podpis Pracownika: Data: ___/___/___

Stanowisko:

Imię i nazwisko Pracownika (drukiem):