

**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)

## **ПРИСТАНАК НА ТРАЖЕЊЕ И ДАВАЊЕ ИНФОРМАЦИЈА**

Овиме дајем сагласност да особље Транскултурног центра за ментално здравље Квинсленда (*Qld Transcultural Mental Health Centre*) тражи и даје потребне информације одговарајућим агенцијама и особама како би ми се пружила помоћ код процене и планирања лечења.

Изузеци (овде упишите оне организације и особе са којима не желите да ступамо у контакт):

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

Потпис корисника услуга: ..... Датум: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Презиме и име (штампаним словима): .....

Потпис службеника: ..... Датум: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Позиција службеника: .....

Презиме и име службеника (штампаним словима): .....