


<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> <small>Queensland Health</small>	Transcultural Clinical Consultation Service, Qld Transcultural Mental Health Centre 1800 188 189	

**PRISTANAK NA PRIMANJE I DAVANJE INFORMACIJA**

Ovim potpisom dajem svoj pristanak da osoblje Transkulturnog centra za zaštitu duševnog zdravlja Queenslanda (*Qld Transcultural Mental Health Centre*) prima informacije od odgovarajućih agencija ili osoba i pruža potrebne informacije odgovarajućim agencijama ili osobama, a u svrhu vršenja procjene moga zdravlja i planiranja liječenja.

Navedite one organizacije ili osobe sa kojima ne želite da stupamo u vezu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Potpis korisnika usluga: ..... Datum: \_\_/\_\_/\_\_

Prezime i ime (štampanim slovima): .....

Potpis službenika: ..... Datum: \_\_/\_\_/\_\_

Položaj službenika: .....

Prezime i ime službenika (štampanim slovima): .....

CONSENT TO RELEASE INFORMATION - BOSNIAN