

**PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL  
HEALTH SERVICE DISTRICT  
DIVISION OF MENTAL HEALTH**

UR: \_\_\_\_\_

SURNAME: \_\_\_\_\_



**Queensland  
Government**  
Queensland Health

Transcultural Clinical  
Consultation Service,  
Qld Transcultural  
Mental Health Centre  
1800 188 189

GIVEN NAMES: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MALE

FEMALE

(Affix patient label here)

መረጃ የመሰብሰብ ሆነ የማሰራጨት ፈቃድ

**ለሚመለከተው ሁሉ**

ለኩንስ ላንድ የተራንስ ካልቸራል የአይምሮ ጤና ማእከል ሠራተኞች፤ መረጃ ለመሰብሰብ ሆነ የተሰበሰበውን መርጃ ለሌሎች ድርጅቶች/ለሚያገባቸው ግለሰቦች፤ ለግምገማና ልህክምና የሚውል እቅድ ለማውጣት እንዲቻል ፈቅጃለሁ።

አገልግሎቱ፤ በተለየ ሁኔታ (ከድርጅት (ቶች)) እና/ግለሰቦች፤ ጋር ግንኙነት እንዳያደርግ የሚጠብቁ ከሆነ፡ ዝርዝሩን ይጻፉ፤

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

የተጠቃሚው ፊርማ: ..... ቀን: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

የተጠቃሚው ሙሉ ስም: .....

የሠራተኛው ፊርማ: ..... ቀን: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ሥያቄ: .....

የሠራተኛው ሙሉ ስም: .....

AMHARIC

CONSENT TO RELEASE INFORMATION