


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

THỎA THUẬN CHO THU THẬP VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN

GỬI ĐẾN NGƯỜI/CƠ QUAN CÓ CHỨC NĂNG

Tôi cho phép nhân viên lâm sàng của Trung Tâm Y Tế Tâm Thần Xuyên Văn Hóa Qld để thu nhận thông tin từ, và cung cấp những thông tin cần thiết cho những cơ quan/người thích hợp khác nhằm giúp cho việc thẩm định và hoạch định điều trị cho tôi.

Ngoại trừ (những cơ quan và/hoặc người mà quý vị không muốn dịch vụ này liên lạc):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chữ ký của thân chủ: Ngày: __/__/__

Ghi tên của thân chủ bằng chữ in:

Chữ ký của nhân viên: Ngày: __/__/__

Chức vụ:

Ghi tên của nhân viên bằng chữ in: