

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

بہسپتال

آپریٹنگ یونٹ یا شعبہ

ثقافتی ترجمان کی مداخلت کے لئے اجازت نامہ
(Urdu)

میں زیر دستخطی _____ ثقافتی ترجمان کی مداخلت پہ متفق ہوں جو میرے متعلق تمام معلومات کا راز رکھے گا اور میری زبان میں ترجمے کی سہولت فراہم کر کے ماہرین صحت کے لئے میرے علاج میں آسانی پیدا کرے گا۔

☐

ہاں

☐

نہیں

میرے خاندان/دیکھ بھال کرنے والوں کو میری صحت، مرض اور کسی بھی قسم کے علاج کے بارے میں مطلع کرے

☐

ہاں

☐

نہیں

میری طرف سے مس یا مسٹر _____ کو مطلع کرنے کی اجازت ہے
رشتہ _____

تاریخ

دستخط