

## 收悉确认书

参保人姓名： \_\_\_\_\_

ACBHD 参保人编号： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

入院日期： \_\_\_\_\_ 项目名称： \_\_\_\_\_

您在此文件上签字即表示您确认同意接受本提供方/机构提供的服务。

如果您年满 18 岁，请回答以下问题：

- 你是否已经制定了预先指示？  是  否
- 如果没有，提供方是否向你提供了关于预先指示的信息？  是  否

通过签署这份表格，

- 本人确认已通过我可理解的语言或方式获知本材料包的全部内容，并已获得纸质副本。
- 本人自愿同意接受本机构/服务提供方提供的心理健康服务。

参保人或法定代理人的签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

-----以下部分由提供方填写（如适用）-----

参保人/参保人的法定代理人口头表示自愿同意接受行为健康服务，但拒绝签署或无法签署本表格。

[注意：请尝试在日后获取签名。]

提供方签名 \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_