

收悉確認書

會員姓名： _____

ACBHD 會員編號： _____ 出生日期： _____

入院日期： _____ 計畫名稱： _____

您在本文件上的簽名表示您同意接受此服務提供者/機構所提供的服務。

如果您已年滿 18 歲，請回答以下問題：

- 您是否已設立預立醫療指示？ ☐ 是 ☐ 否
- 如果尚未設立，服務提供者是否有向您提供預立醫療指示的相關資訊？ ☐ 是 ☐ 否

簽署此表格即表示，

- 我確認本資訊包已使用我能理解的語言或方式向我說明，並且已向我提供紙本副本。
- 我同意自願接受此機構/服務提供者的心理健康服務。

會員或法定代表人簽名： _____

日期： _____

-----以下部分由服務提供者視情況填寫-----

☐ 會員/會員的法定代表人已口頭同意接受自願性心理健康服務，但拒絕或無法簽署本表格。

[注意：請於日後再次嘗試取得簽名。]

服務提供者簽名： _____ 日期： _____