

香港整全普及精神健康協會

「全心牽」計劃轉介便條 (治療師專用)

治療師姓名: _____ 所屬機構/單位: _____

治療師聯絡電話: _____

求助者姓名: _____ 香港身份證 或 轉介個案編號: _____
(首 4 個字)

所需配對的專業服務: 精神科專科服務 心理治療 / 心理輔導服務
 靈性導修服務 臨床心理服務

治療師簽署[#]: _____ 日期: _____

#治療師確認求助者(及適用之家長/監護人)同意轉介「全心牽」計劃配對上述專業服務。

填妥表格後, 可用以下任何方式交回「香港整全普及精神健康協會」:
電郵地址: info.hpmh@gmail.com
傳真號碼: 2116 0747
Whatsapp 號碼: 6755 2176
查詢電話: 2123 9469 (辦公時間: 星期一至五 8:30am – 12:30pm)

《此欄由本協會填寫》

求助者的轉介情況

轉介個案編號: _____

配對次數	獲配對服務日期	獲配對治療師姓名	首次接受服務日期	備註

香港整全普及精神健康協會職員: _____

日期: _____