

香港整全普及精神健康協會

「全心牽」轉介表格

甲部 轉介人資料

轉介人姓名: _____ 專業: _____

聯絡電話: _____ 所屬機構 / 單位: _____

其他聯絡方法(如適用): *傳真/電郵 _____ Whatsapp: _____

乙部 服務使用者個人資料

姓名: _____ 性別: _____
(中文)

* 香港身份證 / 出生證明書號碼: _____ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
(連英文字母最少首5個字)

聯絡電話: _____ * 家長/監護人姓名: _____
(18歲以下求助者需填寫家長或監護人中文姓名)

居住地址: _____

通訊地址: 同上 不同: _____

電郵地址 (如有): _____

所需轉介專業服務:

- 精神科專科 心理治療 / 心理輔導
 靈性導修 臨床心理服務

經濟狀況: *綜援/關愛基金/學生資助受助家庭 基層家庭: 人數: _____ 每月家庭收入: _____

其他經濟資助/困難: _____

轉介原因: _____

#轉介人簽署及機構印鑑: _____ 日期: _____

* 請刪去不適用 #轉介人確認服務使用者(及適用之家長/監護人)同意申請「全心牽」轉介服務。

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.org.hk

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)

【收集個人資料聲明】閣下上述所提供之個人資料, 只用於協助轉介及跟進聯絡用途。

【免責聲明】香港整全普及精神健康協會及其轉介平台「全心牽」(以下簡稱本協會)乃為有需要人士提供轉介服務的平台。本協會與使用本協會服務之人士之間的關係不構成醫生-病人或專業人員-受助者關係。對於醫生及/或其他專業人員提供的服務的質素或適當性, 本協會並不承擔或分擔醫生及/或其他專業人員之責任或法律責任。

《內部用》

簽署確認申請: _____ 日期: _____

轉介個案編號: _____ 獲轉介治療師: _____