

# 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4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@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)

【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「全心全意」(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: \_\_\_\_\_