臺東縣衛生局心理衛生中心

【心理諮商同意書】

* * *

一、 **服務人員**：由本中心安排領有國家證照之心理師提供心理諮商服務。

二、 **諮商方式**：心理諮商是心理師利用會談或其他問題處理技巧，引導您澄清、處理並增進面對困擾的能力，所以，心理諮商是種合作關係，您的參與及合作意願是影響諮商效能的關鍵之一。

三、 **免費服務**：本中心目前提供由政府支應經費之心理諮商服務，不向您額外收取費用，每人每年總諮商次數以 6 次為限，至多延長至 8 次。

四、 **個別諮商時間**：每次 ***50 分鐘***，每週以 ***1 次***為原則，有特殊情形得加以調整。

五、 **諮商次數**：以 **6 次**為原則，經評估得酌予增減諮商次數，唯至多延長至 **8 次**。

六、 **請假規則**：

1. 若您因故不能前來，請務必於***諮商日前 1 天完成請假手續***，
   可***電話***（089-230598 分機 ________）或***本人親至心衛中心***完成請假。
2. ***請假次數以 2 次為限***。
3. ***未按規定完成請假手續者，本中心有權取消您的後續諮商安排，不得異議***。
4. 未按規定完成結案諮商，將影響未來您再提出心理諮商申請之評估。

七、 **保密原則與保密例外**：

當事人之諮商內容與諮商記錄將全部以「**極機密**」方式處理並保管，除下列情況外，一定只在取得您的同意時，才會向必要對象公開，以連結其他系統一同協助您。

1. 在您有危及自己或他人生命、自由、財產及安全之情況。
2. 在您目前生命及安全受到他人威脅時。
3. 涉及法律責任時。
4. 在您的狀況須緊急轉介醫療機構時。
5. 您若是未成年人，經心理師評估需向法定監護人說明您的諮商情況時。

八、 如於兩次諮商期間，您臨時急需心理支持，可運用衛生福利部提供全國民眾心理**諮詢**服務的安心專線 1925，並請記得下次準時於諮商時間出席。

九、 **有始有終**：您有權利尋求其他專業意見，但同一期間內只能找一位心理師**諮商**，以免對您心理造成混亂。**如欲終止本中心提供之心理諮商服務，請先回到諮商與您原本的心理師討論並完成結束諮商會談，心理師會尊重您的決定。**

十、 **錄影（音）之同意**：心理師為了能更有效協助您面對困擾，可能會要求錄音(影)，進行錄音(影)前會先徵求您的同意，您有權利自行決定同意與否。

十一、 **其他**：如有未盡事宜，依心理師法、相關法規辦理，亦請向本中心個管師反映。

* * *

本同意書我已經詳細閱讀，確實瞭解內容，同意接受台東縣衛生局心理衛生中心服務

當事人簽名：____________________ 日期：______________

未成年當事人之家長簽名：____________________ 日期：______________

心理師簽名：____________________ 日期：______________