

出院并转至 **DHS** 庇护所患者同意书（适用于 **DHS** 单身成  
年人庇护所和 **STREET SOLUTIONS** 机构）

仅适用于新近转介人员

医疗保健机构名称: \_\_\_\_\_

患者姓名: \_\_\_\_\_

负责此个案的社工名称: \_\_\_\_\_

本人, \_\_\_\_\_ 同意出院并转至 **DHS** 庇护所  
(患者姓名)

或 **Safe Haven**。本人已经得到了解释, 现阶段没有其他出院选择, 或本人拒绝了为本人提供的  
以下安排:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本人了解, 大部分庇护所和 **Safe Haven** 都不能提供就地医疗和 24 小时护理服务。本人了解,  
接下来所有的日常起居活动都将由本人独立完成。

本人还了解, 即便进入 **DHS** 庇护所系统, 也不会披露本人的医疗信息。本人有权获得本表的签  
名副本。

\_\_\_\_\_  
医院代表签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
患者签名

\_\_\_\_\_  
日期