

出院並轉至 **DHS** 庇護所患者同意書（適用於 **DHS** 單身成人庇護所和 **STREET SOLUTIONS** 機構）

**僅限新近轉介人員**

健康照護機構名稱： \_\_\_\_\_

患者姓名： \_\_\_\_\_

本個案社工人員姓名： \_\_\_\_\_

本人， \_\_\_\_\_ 同意出院並轉至 **DHS** 庇護所  
(患者姓名)

或 **Safe Haven**。本人已獲得解釋並瞭解目前沒有其他的出院選擇，或者本人已拒絕了為本人提供的以下安排：

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

本人瞭解，大多數庇護所和 **Safe Haven** 都不提供現場醫療照護，也沒有 24 小時護理。本人明白，本人必須自主獨立進行日常生活的所有活動。

本人也瞭解，進入 **DHS** 庇護所系統並不會公開本人的醫療資訊。本人有權保留一份已簽署的協議副本。

\_\_\_\_\_  
院方代表簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
患者簽名

\_\_\_\_\_  
日期