

参加严重精神障碍社区管理治疗服务知情同意书

患者姓名：_____性别：_____出生日期（公历）：_____年____月____日

现住址：_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟)_____县(市、区、旗)_____乡镇（街道）_____村(居委会)_____（详至门牌号）

诊断：_____

知情同意书签字人姓名：_____与患者关系：**患者本人** **监护人** **亲属**

知情同意书签字人现住址：_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟)
_____县(市、区、旗)_____乡镇（街道）
_____村(居委会)_____（详至门牌号）

联系电话：_____

本人（代表患者）同意下列事项：

①为有利于今后得到连续性的治疗和康复服务，根据《国家基本公共卫生服务规范》和《严重精神障碍管理治疗工作规范》的规定，同意将本人（患者）在医院就诊的诊疗情况、治疗方案及康复措施建议等转至居住地的社区卫生服务中心、社区卫生服务站（或乡镇卫生院、村卫生室）。同意由社区卫生服务中心、社区卫生服务站（或乡镇卫生院、村卫生室）收集本人（患者）的相关信息，并录入信息系统。

②同意参加居住地的严重精神障碍管理治疗服务，并接受社区卫生服务中心、社区卫生服务站（或乡镇卫生院、村卫生室）的随访和康复指导。

③本人（患者）的个人信息以及有关治疗、康复、随访等信息受到隐私保护，所有信息仅用于提供服务。

以上《参加严重精神障碍管理治疗服务知情同意书》内容，本人已仔细阅读并理解，获得了充分的知情同意权。为此，本人自愿做出以下选择，并签字。

☐ 同意参加社区服务管理

☐ 不同意参加社区服务管理

签字人（签名）：_____

签字日期：_____年____月____日

告知人（签名）：_____

签字日期：_____年____月____日