

Insert Council Logo

## **护理他人**

**同意书**

关于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的同意书

本调查表所含信息将用于：

* 了解人们对于护理及支持服务的满意度
* 评估人们对本地护理服务的体验。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 我了解： | **是** | **否** |
| 我可以在任何时候改变想法，撤销我的同意。 |  |  |
| 若我决定不参加问卷调查，不会影响我目前接受的任何护理，或者是我照顾或帮助的人目前正在接受的服务。 |  |  |
| 调查收集的所有信息都是保密的，除非我表明自己的健康和安全处于危险，或者本人的护理正在经历严重问题。 |  |  |
| 我的名字不会被用于此次调查相关的任何书面材料当中。 |  |  |
| 在调查表被使用之前，我可以要求查看或要求他人为我朗读问卷表所记录的内容。 |  |  |
| 若采访者对我的健康和安全感到担忧，他们可以在采访进行之前与我讨论这个问题。 |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  我们会记录本次调查。 |  |  |
| 本人确认已收到并理解访谈脚本(04/06/2025 v1)上的信息。 |  |  |

签字人 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

若有人代表受访者签字，请在下文填写他们的详情。

姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

与受访者的关系 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**问卷调查联络信息：**

[Contact name, email address, postal address and phone number]