

插入委员会徽标

## **您的社会护理和支持服务**

**同意书**

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

该调查中的信息将用于：

* 了解您对于自己接受的护理和支持服务的满意程度。
* 评估您对当地护理服务的体验。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 我明白： | **是** | **否** |
| 我可以随时改变主意并撤回我的同意书。 |  |  |
| 我是否决定参加调查不会影响我目前接受的任何护理。 |  |  |
| 所收集的全部信息都将予以保密。唯一的例外情况是，我表明我的健康和安全有风险，或者我在我所得到照护的任何方面遇到严重问题。 |  |  |
| 我的姓名永远不会写入任何研究当中。 |  |  |
| 使用该调查表之前，我可以要求查看或读给我听调查表中记录的内容。 |  |  |
| 如果调查者担心我的健康和安全，他们会在继续调查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(04/09/2025)上的信息。 |  |  |
| 我同意参加本次调查 |  |  |

签名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如果有人代表被调查的人员签名，请填写下列详细信息：

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

与表上所提到的人员的关系 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

征求同意的采访人姓名：

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

**负责该调查的联系人：**

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