

教育部「學生輔導諮商中心屏東區駐點學校」 專業服務同意書【學生版】

為維護您的權益與提供更好的服務，在接受個別諮商與心理測驗服務之前，請先詳細閱讀以下說明。當您簽署這份同意書，代表您同意以下說明。如有疑問，請與專業輔導人員討論。

一、**服務宗旨**：個別諮商與諮詢、醫師諮詢、團體諮商及心理測驗服務係由教育部學生輔導諮商中心提供之免費服務，旨在協助您了解與探索自我，並為生活中所面臨之困擾找出較佳的因應方法。

二、**專業人員**：本中心之專業輔導人員團隊係由領有證照之精神科專科醫師、諮商心理師、臨床心理師、社工師與資深輔導教師組成，以上團隊均具有校園輔導諮商實務經驗。

三、**會談時間**：

1. 醫師諮詢，每次約 50 分鐘，特殊情形得加以調整。

2. 心理師、社工師諮商以 6 次為原則，至多 8 次，特殊情況始可延長。

四、**取消會談**：

1. 若因故當日無法前來會談，請於會談前一天以電話或親至本中心取消，本中心聯絡電話為：(08)7362204 分機 620；上班時間：週一至週五 08:30-12:00，13:30-17:00。

2. 一學期若取消會談未通知本中心達 2 次者，本中心將不再保留該學期您的會談時段。

五、**保密原則**：您的資料及會談內容，本中心之輔導團隊將以機密方式處理與保管，只有在取得您的同意後，才向有必要的對象透露相關資料。惟下列情況不在此限：

1. 在您有危及自己或他人生命(含提及可能要自殺或殺人的情形)、自由、財產等安全之情況。

2. 涉及法律責任、法律規定通報事項(家暴、性侵害、兒童虐待等)，或法院、監護人要求提供資料時。

3. 中心為提升服務品質，進行成效評估研究時。您的個人身分資料將加以保護以避免辨識，且只有學校輔導教師、研究員能夠接觸到相關文件。

六、**結束會談**：由您個人與專業人員協商後終止諮商，並做結束之會談。

七、**督導制度**：為增進您的最大利益與提升服務品質，專業人員將定期接受督導，討論諮商之過程與技術。

八、**錄音(錄影)**：為更有效幫助您解決困擾，專業服務中可能會錄音或錄影，但會先徵得您的同意，您有權利拒絕。

九、**其他**：如有未盡事宜，依心理師法及相關法規辦理。

※本人已充分閱讀以上的專業服務同意書，對於個人的基本權益已有所知悉。我同意接受學生輔導諮商中心屏東區駐點學校安排的專業服務事項。

學生簽名：_____日 期： 年 月 日

☐醫師☐心理師簽名：_____日 期： 年 月 日

教育部「學生輔導諮商中心屏東區駐點學校」 專業服務同意書【學生版】

為維護您的權益與提供更好的服務，在接受個別諮商與心理測驗服務之前，請先詳細閱讀以下說明。當您簽署這份同意書，代表您同意以下說明。如有疑問，請與專業輔導人員討論。

一、**服務宗旨**：個別諮商與諮詢、醫師諮詢、團體諮商及心理測驗服務係由教育部學生輔導諮商中心提供之免費服務，旨在協助您了解與探索自我，並為生活中所面臨之困擾找出較佳的因應方法。

二、**專業人員**：本中心之專業輔導人員團隊係由領有證照之精神科專科醫師、諮商心理師、臨床心理師、社工師與資深輔導教師組成，以上團隊均具有校園輔導諮商實務經驗。

三、**會談時間**：

1.醫師諮詢，每次約 50 分鐘，特殊情形得加以調整。

2.心理師、社工師諮商以 6 次為原則，至多 8 次，特殊情況始可延長。

四、**取消會談**：

1.若因故當日無法前來會談，請於會談前一天以電話或親至本中心取消，本中心聯絡電話為：(08)7362204 分機 620；上班時間：週一至週五 08:30-12:00，13:30-17:00。

2.一學期若取消會談未通知本中心達 2 次者，本中心將不再保留該學期您的會談時段。

五、**保密原則**：您的資料及會談內容，本中心之輔導團隊將以機密方式處理與保管，只有在取得您的同意後，才向有必要的對象透露相關資料。惟下列情況不在此限：

1.在您有危及自己或他人生命(含提及可能要自殺或殺人的情形)、自由、財產等安全之情況。

2.涉及法律責任、法律規定通報事項(家暴、性侵害、兒童虐待等)，或法院、監護人要求提供資料時。

3.中心為提升服務品質，進行成效評估研究時。您的個人身分資料將加以保護以避免辨識，且只有學校輔導教師、研究員能夠接觸到相關文件。

六、**結束會談**：由您個人與專業人員協商後終止諮商，並做結束之會談。

七、**督導制度**：為增進您的最大利益與提升服務品質，專業人員將定期接受督導，討論諮商之過程與技術。

八、**錄音(錄影)**：為更有效幫助您解決困擾，專業服務中可能會錄音或錄影，但會先徵得您的同意，您有權利拒絕。

九、**其他**：如有未盡事宜，依心理師法及相關法規辦理。

※本人已充分閱讀以上的專業服務同意書，對於個人的基本權益已有所知悉。我同意接受學生輔導諮商中心屏東區駐點學校安排的專業服務事項。

學生簽名：_____日 期： 年 月 日

☐醫師☐心理師簽名：_____日 期： 年 月 日