








本文件内含有我们如何与您协作的重要信息，其中包括我们可能将采用的技术。请认真阅读本文件，如果有任何问题敬请告知。如果您同意此同意书所含条款，请在同意书上签字。签字后同意书将代表我们之间的协议。

	满足您的文化需求。 我们相信，为更好地为毛利人服务，我们需要理解毛利习俗，并在为患者和家人提供服务时以此为指导。
	采集信息。 在获得您的许可后，Explore将向与您协作的其他专业服务收集信息，以便完成评估。
	管理您的隐私与保密。 我们将采取一切合理措施保护您的隐私。您可以随时访问我们掌握的您的个人信息。在与他人分享您的个人信息之前，我们始终会征求您的同意。如果我们非常担心您或他人的安全，我们可能会与适当的专业人士或服务机构分享您的信息。在这种情况下，我们会首先与您沟通。
	相互尊重。 每次提供服务时，临床医生会做书面记录。除非双方同意，将不会记录通过视频或电话提供的服务。如果您需要取消您的预约，敬请告知您的专家。
	电子通讯。 如果您决定希望在我们的支持中采用电子技术，Explore专家会向您介绍。
	紧急情况。 在紧急情况下，请致电 111 或您所在地区的紧急精神健康服务（危机处理团队）。您可以使用谷歌搜索危机处理团队的电话，或致电当地医院，请求转介至危机处理团队。如果出现紧急情况，请及时告知您的情况。
	费用 此项服务属于免费服务。

如果您同意，请在此协议上签字确认。如果您有法律代表（例如，未满18岁儿童的父母/监护人、年满18岁成人的福祉监护人或持久授权人），他们可以代替您在本文件上签字。

客户姓名:		NHI 编号:	
您的姓名:		与客户的关系:	
签字:		日期:	
Explore 代表:		签字:	