

# 社会工作实务 音像记录知情同意书

社会工作人员姓名: \_\_\_\_\_

服务机构/单位: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

专业社会工作人员经常使用音像记录，此等记录能有助回顾和监测社会工作实务的过程。音像记录的最终目的是改善服务和保证服务对象能得到优质的服务。

社会工作人员有责任保管好你的档案，防止他人在你未授权的情况下使用你的资料，以保障你的私隐。

## 实务用途的音像记录

我（姓名）\_\_\_\_\_ 同意以音像方式记录我与（社会工作人员姓名）\_\_\_\_\_ 之间的社会工作咨询过程，并使用于社会工作实务用途。此同意书是在我已了解（社会工作人员姓名）\_\_\_\_\_ 所提供的专业服务的情况下签的。我明白此记录会在专业保密的情况下使用。我明白我有权要求在社会工作咨询过程中或咨询后任何时候停止或删除音像记录。

我确认社会工作人员已向我详细解释此次音像记录的目的与价值，而我的知情同意书是在自由及自愿的情况下签的，即表示如我拒绝同意或将来取消同意，我所得到的服务将不会受到任何影响。

签名: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

## 作教育和培训用途的音像记录

我授权（社会工作人员姓名）\_\_\_\_\_ 使用我接受咨询过程的音像记录作教育及培训用途。我明白我的音像记录会在专业保密的情况下使用，并成为培训专业社会工作人员的重要辅助工具。专业社会工作人员受职业行为规范所管制，将尊重和保护我的隐私。我明白我可以随时取消我的同意意向，而我所得到的专业服务将不受任何影响。

签名: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

## 作研究用途的音像记录和有关资料

我授权（社会工作人员姓名）\_\_\_\_\_ 使用于我接受专业社会服务期间所收集到关于我的资料，包括音像记录，作为研究用途。我明白所有资料将在专业保密的情况下使用，而（社会工作人员姓名）\_\_\_\_\_ 将不会透露或发表任何可能辨认出我个人身份的资料细节。我明白我可以随时取消我的同意意向，而我所得到的专业服务将不受任何影响。

签名: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_