文件编号：安述心理〔2026〕29 号

档案编号：_____

来访者权利义务告知书（兼公示签收）

尊敬的来访者：欢迎您接受安徽省安述心理咨询中心（普通合伙）（以下简称"本中心"）的服务。本中心为普通合伙企业（营利性非法人组织），依法登记设立、面向社会提供心理咨询服务，不属于医疗机构，仅提供心理咨询服务，不从事心理治疗或者精神障碍的诊断、治疗。为保障您的合法权益，现将您的权利义务告知如下，请您阅读后在签收栏签字。本告知书同时在服务场所显著位置公示。

第一条　来访者权利

（一）知情同意权：服务前有权充分了解咨询师姓名、资质、受训背景，以及咨询性质、服务内容、费用、保密原则及例外，并在首次服务前签署书面知情同意书；重要事项变更的，有权获得重新告知。

（二）保密权：咨询中披露的信息及咨询记录、测评资料依法受到保护，未经您书面同意不向第三方披露，法定保密例外情形除外。

（三）档案查阅权：有权依法查阅、复制本人咨询档案，查阅、复制按本中心档案管理规则办理。

（四）随时终止权：有权随时开始、暂停、调整或者终止咨询；拒绝心理测量评估不会影响您继续接受咨询。

（五）投诉权：对服务质量、伦理问题有异议的，可向本中心伦理工作组或公示投诉渠道投诉，本中心对实名投诉人信息予以保密。

（六）获得安全服务权：有权在安全、私密、不受干扰的环境中接受服务，不被歧视，不被强迫接受任何超出心理咨询范围的医疗性安排。

（七）费用知情权：有权了解收费标准、计价单位和退费规则，本中心明码标价，无标价之外的隐形收费。

（八）获得专业服务权：有权在咨询师专业胜任力范围内获得适宜服务，咨询师不承接超出其专业能力的个案。

（九）受尊重与不受歧视权：不因年龄、性别、民族、宗教信仰、健康状况、婚姻家庭状况等任何因素受到歧视。

（十）个人信息权益：有权了解本中心如何收集、使用、保存您的个人信息，依法查阅、复制、更正本人个人信息。

第二条　来访者义务

（一）如实告知义务：如实向咨询师提供与咨询相关的个人信息、身心状况、紧急联系人及既往就诊、用药情况，保证所提供信息真实、准确、完整。

（二）按时付费义务：按公示的收费标准和约定按时支付费用，遵守取消、缺席、逾期的收费规则。

（三）遵守预约设置义务：按时赴约，需取消或改约的按约定提前告知，遵守咨询时长、频次等设置。

（四）安全配合义务：如存在自杀自伤、伤害他人等风险，不隐瞒相关计划，配合咨询师的安全安排、紧急联系人联系及必要时的就医、报警。

（五）不擅自录音录像义务：未经本中心及咨询师事先书面同意，不得对咨询过程录音、录像、拍照或者屏幕录制，不得复制、传播相关内容；违反者，本中心有权中止服务并依法追究责任。

（六）尊重咨询师和其他来访者义务：尊重咨询师人格与专业判断，不实施言语威胁、人身伤害；不干扰其他来访者的咨询。

（七）保护咨询环境义务：遵守咨询场所安全卫生要求，不携带危险物品进入咨询区域。

（八）不传播保密信息义务：不向无关第三方透露其他来访者在咨询中的信息，不在公开场合议论咨询内容。

第三条　服务质量与投诉处理

3.1　本中心承诺在咨询师专业胜任力范围内提供规范服务，不从事心理治疗或者精神障碍的诊断、治疗，不对咨询效果作保证性承诺。

3.2　您的投诉将按类型分流受理：涉及服务质量、收费、服务态度等的投诉与意见建议，由主任办公室（意见建议邮箱 ansoothyjjy@163.com）受理、调查并书面答复；涉及专业伦理的投诉，由伦理工作组（过渡期由合伙人会议代

行）通过伦理投诉举报邮箱 ansoothtsjb@163.com 受理、调查并书面答复；本中心对实名投诉人信息予以保密，不因其投诉而作出不利对待。

3.3　本告知书未尽事宜，依照国家法律法规、本中心伦理守则及双方签订的服务协议执行。

3.4　本中心承诺对来访者个人信息依法严格保护，不向无关第三方披露，不用于与服务无关的目的。

3.5　来访者行使上述权利的方式和程序，按本中心档案管理和个人信息保护相关制度办理。

第四条　投诉渠道

4.1　如您对服务有异议，可通过以下渠道反映：伦理投诉举报邮箱 ansoothtsjb@163.com（伦理工作组）；意见建议邮箱 ansoothyjjy@163.com（主任办公室）；中心服务热线 400-987-6800（24 小时接听）；注册地址：合肥市庐阳区双岗街道濉溪路 168 号新天地广场办公 8-719 室；或详见《投诉举报渠道公示》。本中心对投诉人、建议人信件及个人信息、电子邮箱地址严格保密。

第五条　公示与签收

5.1　本告知书在本中心服务场所显著位置公示。本人签字即表示已阅读、理解并同意上述权利义务内容。

我已阅读并理解上述权利义务内容。

（以下无正文，为签署域）

来访者（签收，签字）：_____

证件号码：_____

联系方式：_____

日期：　　年　　月　　日

法定监护人（如适用，签收，签字）：_____

与来访者关系：_____

证件号码：_____

日期：　　年　　月　　日