

Vietnamese Mental Health Services
25 Fair Street
London SE1 2XF

Patient's Name/Tên và Họ Bệnh Nhân/ 患者姓名:	
Date of Birth/Ngày, tháng, năm sinh/出生日期:	
Address/Địa chỉ/地址:	
Contact telephone/điện thoại/電話號碼:	
Ethnicity/Chủng tộc/種族	Vietnamese <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/>
Preferred speak language/ Ngôn ngữ/語言	Vietnamese <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/>
Is patient aware of this referral? Bệnh nhân có đồng ý sự giới thiệu này không? 患者同意這一轉介嗎?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Name of next skin & Relationship/Tên họ thân nhân và quan hệ/親屬性名和關係:	
Address/ Địa chỉ/地址:	
Contact telephone/điện thoại/電話號碼:	

Referral name & Agency/ Người giới thiệu/轉介者姓名:	
Address/Địa chỉ/地址:	
Contact telephone/điện thoại/電話號碼:	
Email/địa chỉ điện thư/電子郵件地址:	

GP's name/Tên bác sĩ gia đình/家庭醫生姓名:	
Address/Địa chỉ/地址:	
Contact telephone/điện thoại/電話號碼:	

Current medication/Thuốc đang uống/目前服用藥劑:	
--	--

Reason for referral/ Lý do giới thiệu/ 轉介理由:

Contact of Agencies involved:
Liên hệ của Cơ quan hiện đang hỗ trợ:
參與協助患者機構聯絡:

Referrer's Signature/ Chữ ký của người giới thiệu/轉介者簽署:

Client's Signature/Chữ ký của bệnh nhân/患者簽署:

Date/ngày, tháng và năm/日期: