

醫院管理局  
同意進行記錄及公開紀錄

- 註一：本表格適用於所進行之記錄會識認病人及令病人感尷尬或窘迫。
- 註二：本表格應由成年病人簽署。在病人健康狀況欠佳或病人未能簽署本表格的情況下，病人的近親亦應簽署本表格以示支持或病人同意。
- 註三：若病人未滿十八歲，而能夠理解本表格的內容及醫院向其作出的解釋，病人可自行簽署本表格。在盡可能的情况下，病人及其父母/監護人均應共同簽署本表格。
- 註四：若病人因年紀或智力問題而未能理解本表格的內容及醫院向其作出的解釋，則只須由病人父母/監護人簽署本表格。
- 註五：簽署本表格的解釋者應為向病人、病人父母/監護人/近親作出解釋的人士。
- 註六：見證人需參與從解釋至簽署本表格的整個過程。若無人見證，請留空見證人此欄。

甲. 簽署人資料

簽署本表格，同意進行記錄及公開紀錄之人士為：（請在適當空格內加上別號）

☒ 病人本人：

☐ 病人父母/監護人/近親：（請註明）

姓名（中文）

（英文）

身份證明文件類別及號碼

地址

電話號碼（日間）

（夜間）

與病人關係

乙. 記錄詳情

用作記錄的工具：醫院認為合適的記錄工具，包括照片、錄音帶或錄影帶。

進行記錄日期及時間 進行記錄期間

被記錄的活動

丙. 同意

我是本表格的簽署人：

- 我同意醫院的專業人員對我/病人進行記錄，有關詳情見本表格。
- 我同意醫院公開載有我/病人之影像的紀錄（包括已經或未經修改的紀錄）作為治療、教育及研究用途。

病人簽署 姓名：二·二·四

日期

病人父母/監護人/近親簽署 姓名：二·二·四

見證人簽署 姓名：六

解釋者簽署 姓名：五

見證人姓名

解釋者姓名

員工職級/身份證明文件類別及號碼

同意進行記錄及公開紀錄

HA9532/MR