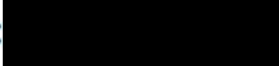
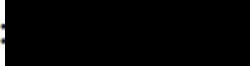
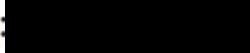


* 基本資料

病歷號碼：		性 別：	
姓 名：		床 號：	
出生日期：		身分證號：	

本人 ☒ 同意 ☐ 不同意 彰化基督教醫院及彰化基督教兒童醫院 於醫師診療病情、藥事人員調劑或用藥指導及其他醫事人員依其執業法規提供診療服務時，依本人醫療需要，於本人簽署本同意書日期起算 7 年內，可自衛生福利部中央健康保險署依全民健康保險法相關規定建置之健保醫療資訊雲端查詢系統，下載本人就醫紀錄、就醫結果及醫療費用資料，包含用藥紀錄、檢查(驗)項目與結果報告、檢查(驗)影像檔、手術項目及出院病歷摘要等資料。

前述資料，僅限本人於 彰化基督教醫院及彰化基督教兒童醫院 就診，醫事人員為提供本人診療服務時，依醫療需要查詢比對使用，不得將該項資料另移作其他目的使用，且本人完成看診後，即應將該下載資料刪除。但下載之資料，醫師及其他醫事人員因醫療需要，已列入病歷者，不在此限。

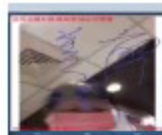
本人依個人資料保護法第 3 條規定，保留隨時取消本同意書或變更本同意書內容之權利。

此致 彰化基督教醫院

與病人之關係：病人之 1.本人

立同意書人：

2023-10-20



身分證號：



法定代理人/監護人：

身分證號：

簽署日期：2023-10-20

附註：

- 一、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 二、同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：
 1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
 2. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二人見證人於指印旁簽名。
- 三、見證人簽署說明：
 1. 見證人得依序由外包保全、院牧人員（牧師、關懷師）、社工人員簽署見證。
 2. 醫療緊急情況且病人無法親自簽署，並無親屬或關係人在場者，得由 1 名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。