

病歷資料調閱影印申請委託授權同意書 (保險公司專用)

病人 (病人本人或其利害關係人) 利害關係人如：法定代理人、繼承人、監護人、輔助人

與被查詢人之關係(請勾選)

☐ 本人

病人姓名		性別 ☐ 男 ☐ 女	年齡		身分證字號		病歷號碼	
							電話	
通訊住址	市(縣) 鎮 區 里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓 之							

☐ 利害關係人(請同時勾選下列項目其中一項) ☐ 法定代理人 ☐ 繼承人 ☐ 監護人 ☐ 輔助人

利害代理人姓名		性別 ☐ 男 ☐ 女	年齡		身分證字號		與病人之關係	
							電話	
通訊住址	市(縣) 鎮 區 里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓 之							

(請立授權書人填寫)

茲因 ☐ 保險投保 ☐ 保險理賠 ☐ 保險契約內容變更(☐ 補行告知 ☐ 契約轉換 ☐ 增加保險金額)

授權同意由受託保險公司(下稱被授權人)，向顧家醫療(所屬旗下院區；以下稱本院)查詢病歷並以書面方式提供醫療相關資料：

一、查詢期間：____年____月____日至____年____月____日。(5年內)

二、就診科別：____。(應具體列名，但不以一科為限)

三、查詢項目(請勾選，可複選；以下數量未填寫則視為一份，一式上限五份)：

☐ 門診紀錄暨病歷摘要____份，☐ 手術紀錄____份，☐ 病理報告(應具體列明項目)____份

☐ 檢查報告(應具體列明項目)：____份

☐ 其他紀錄(應具體列明項目，非填寫疾病名稱)：____份

四、被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向本院申請查詢病人之病歷。

五、簽署人已知悉本同意書所同意查閱之內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病或其他法定傳染病之資料。保險公司(被授權人)應向簽署人當面口頭詳細說明，讓簽署人確定知悉可能同意之範圍和風險，簽署人亦可保有相關撤回之權利。

六、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予本院無關，立授權書人或被查詢人不得向本院為任何法律上之主張。

七、立授權書人已詳閱及充分瞭解以上事項，並同意本院依上述事項、授權書內容、授權查詢範圍提供被授權人病歷資料 ☐ (請務必勾選)。

簽署人 (簽名或蓋章)：____身分證字號：____聯絡電話：____

領取人 (簽名或蓋章)：____身分證字號：____出生年月日：____

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日(有效期限：本同意書申請日期起 6 個月內)

- * 本院收到授權書後四日內通訊通知(立授權書人)本院已收到申請病歷資料調閱授權書。
- * 簽署人若為病人本人申請，請於第二頁提供身分證正反面影本；非保險人本人之利害關係人請檢附身分證正反面影本及戶口名簿或戶籍謄本等相關證明文件。

下頁接續

(本表請被授權人閱讀填寫) 一、被授權人已當面口頭向立授權書人詳細說明本授權書內容及查詢病歷資料之範圍和風險，並由立授權書人本人填寫與確認授權查詢範圍。 二、被授權人對於因本件授權而取得之任何病人資料、文件、訊息等，不得違法或於授權範圍外利用而侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。 三、被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任，並願賠償病人及顧芳瑜泌尿科診所因此所衍生之一切損失。 四、授權書必須填寫完整且不可為影本，並附上應有的證明文件與資料填寫；另本同意書如有塗改，塗改處需蓋有簽署人印章，否則本份同意書視為無效，將不予受理。 五、被授權人將以蓋章視為充分了解以上內容並同意之。	被授權人(保險公司) (※請蓋保險公司關防章)	
	聯 絡 人	
	聯絡電話	
	聯絡地址	

立授權書人 (本人) 之身分證正、反面影本

身分證正面影本黏貼處 ★請在此簽名並附註日期：	身分證反面影本黏貼處 ★請在此簽名並附註日期：
--	--

----- 以下欄位由領取時院方核對完領取人資訊後請領取人簽名 -----

領取人 (簽名或蓋章)：_____ 領取日期：_____