

# 佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

## 病歷資料調閱授權書(保險機構專用)

病患姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證號/ 居留證號	
聯絡地址						電話( )	
						手機	
法定代理 或繼承人		出生日期		年 月 日	身分證號/ 居留證號		與病人 關係
聯絡地址						電話( )	
						手機	

一、立授權書人(基本資料如上)茲因  投保  理賠  其他 \_\_\_\_\_ 之需要，授權 \_\_\_\_\_ 保險機構(以下稱被授權人)，向關山慈濟醫院以書面方式提供：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，科別：\_\_\_\_\_ (五年內且應具體列明) 之病歷資料(可複選)：

1. 急診紀錄  2. 出院病歷摘要  3. 入院病歷摘要  4. 手術紀錄  5. 病理報告  6. 門診紀錄

二、立授權書人(病人本人或其法定代理人或繼承人)另聲明如下：

1. 被授權人以正式公文檢附本授權書及相關證明文件向關山慈濟醫院申請查詢。
2. 立授權書人已知悉本授權書所授權查閱之內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病、精神科或其他法定傳染病之資料。
3. 保險機構應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓其確定知悉可能同意之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。
4. 本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予關山慈濟醫院無關，立授權書人不得向關山慈濟醫院為任何法律上之主張。

立授權書人(病人本人或其法定代理人、繼承人)：\_\_\_\_\_ (親自簽名加蓋章)

本授權書書立日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(自授權日期起之三個月內有效)

三、被授權人因本件授權而取得之任何資料，不得違法利用侵害立授權書人，由其負完全法律責任。或其他任何人之利益。如被授權人違反上述約定，應自負其法律責任，並願賠償關山慈濟醫院因此所衍生之一切損失。

經辦人親自簽名：\_\_\_\_\_ 被授權人(保險機構關防)用印 \_\_\_\_\_

備註：

一、保險機構應附證明文件：

1. 於有限期限內之病歷資料同意查詢申請書正本。
2. 病人本人身分證影本，病人若未滿12歲無身分證者，請附上戶口名簿影本(請註明『與正本相符』及『如有異議由本公司負完全法律責任』)。
3. 立授權書人(病人本人或其法定代理人或繼承人)未滿18歲或往生，需由法定代理人或繼承人簽章，並附可證明二人關係之戶口名簿或戶籍謄本影本(請註明『與正本相符』及『如有偽造、假冒由本公司負完全法律責任』)。
4. 立授權書人如無法簽名請蓋印鑑章並檢附印鑑證明。

二、以上資料若填寫不完整、不明確或相關證明文件未依規定提供，即不予以受理。

三、依醫療法第71條規定提供病歷複製本，其所需費用由病人負擔。

E6C0021123-02