

鏡湖通個人資訊查閱授權/聲明書

就診者資料：

姓名：_____ 病歷號：_____

性別：_____ 年齡：_____

證件類別：身份證 護照 其他：_____

證件號碼：_____

聯絡電話：_____

：就診者本人（年滿十八歲）

本人(授權人) _____，持 _____ (證件類別) /
(證件號碼)，同意 _____ 先生/女士，持 _____ (證件類別) /
_____ (證件號碼) 透過鏡湖通查閱本人之個人資訊。此代理行為視同
本人行為並由本人承擔一切責任。授權時限設定：不設時限 設時限：____(年)

就診者簽署：_____，日期：_____

(式樣須與身份證件相同)

就診者與被授權人之關係：_____

被授權人確實經就診者授權透過鏡湖通查閱其個人資訊，如有虛假、偽冒，願承擔一切責任。

被授權人簽署：_____，日期：_____

(式樣須與身份證件相同)

被授權人病歷號：_____，聯絡電話：_____

：為就診者以下代理人：

未成年者的父/母； 合法監護人，與就診者之關係：_____

意識障礙或無行為能力病人(就診者)之獲權人士，與就診者之關係：_____

本人(聲明人) _____，持 _____ (證件類別) /
_____ (證件號碼)，聲明與就診者之關係屬實，現申請透過鏡湖通查閱上述就診者之個人資訊。

聲明人簽署：_____，日期：_____

(式樣須與身份證件相同)

聲明人病歷號：_____，聯絡電話：_____

鏡湖通內的個人資訊包括就診者之個人隱私，為保障其權益，申請透過鏡湖通查閱就診者之個人資訊時，需要以下證件資料，若不齊全者不予受理，多謝合作。

※出示就診者和被授權人/合法監護人(代理人)之身份證正本及提供副本。