

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

病歷資料調閱授權書(保險機構專用)

病人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號	
聯絡地址								電話() 手機
法定代理 或繼承人		出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號		與病患 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)，向花蓮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(保險機構)以正式公文檢附本授權書及相關證明文件向花蓮慈濟醫院申請查詢。
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，概予花蓮慈濟醫院無關，立授權書人或被查詢人不得向花蓮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，應依個人資料保護法及相關法規妥為保管及處理，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，並願賠償花蓮慈濟醫院因此所衍生之一切損失。

經辦人簽名：

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. 於有效期限內之病歷資料調閱授權書正本及保險機構公文正本。
2. 病人本人身分證影本(正反面)，病人若未滿 12 歲無身分證者，請附上戶口名簿或戶籍謄本影本(請於證件上註明『與正本相符』、『如有偽造、假冒由本公司負完全法律責任』及保險機構章樣)。
3. 病人未滿 18 歲或往生，立授權書人應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(請於證件上註明『與正本相符』、『如有偽造、假冒由本公司負完全法律責任』及保險機構章樣)。
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，並酌收行政處理費 100 元。

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