

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

病歷資料同意查詢申請書

| 病患資料填寫欄 | | | | | | | |
|-----------------------|--|------|-------|-----------------|--------|--------|-----|
| 病患姓名 | 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 出生日期 | 年 月 日 | 身份證字號/ 居留證字號 | | | |
| 聯絡地址 | | | | | 電話：() | 手機： | |
| 法定代理人資料填寫欄(若為本人即不需填寫) | | | | | | | |
| 法定代理人 | | 出生日期 | 年 月 日 | 身份證字號 | | | |
| 與病患關係 | | 簽名 | | | | 電話：() | 手機： |

授權人同意查詢書

本人因 投保 理賠 其他 _____ 之需要，同意授權 國泰人壽保險股份有限公司，向財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院申請查詢病歷資料，請求提供歷來之門診、急診、住院、護理記錄及各項檢查報告之病歷資料，(下述查詢請擇一，查詢欄位由立同意書人填寫，如欄位空白，同意授權國泰人壽代為填上所欲查詢之傷病名稱或科別及查詢日期)

1. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月急診，診斷：_____
2. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月住院，診斷：_____
3. _____ 年 _____ 月 _____ 日住院之出院病歷摘要(一年內)
4. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月門診 (二年內)，診斷：_____

授權人 (病人或其法定代理人) 姓名：_____ (親自簽名加蓋章)

授權日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填，自授權日期起之三個月內有效)

如代理人 國泰人壽 保險公司有以下情形，由代理人負完全法律責任。

1. 逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為他用時，
2. 病歷資料申請委託同意書如發生異議時，

代理人 (保險機構) 簽章：_____

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. 授權人未滿 20 歲或往生，需由法定代理人簽章，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『如有異議由本公司負完全法律責任』)。
 4. 授權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。