病歷資料暨影像複製委託同意書

姓名:	
出生日期:　　年　　月　　日	病歷號碼:

本人因_____原因，無法親自至貴院申請之病歷資料，為申請如下列病歷

(請勾選申請項目) □門診□急診□住院

【紙本報告】

□病歷紀錄摘要
□檢查(檢驗)報告
□診斷證明書
□出生證明
□其他_____

【影像光碟】

□X 光
□電腦斷層(CT)
□磁振造影(MRI)
□其他_____

特委託_____ 並檢附**本人及被委託代理人身分證正本**代為申辦，

此委託行為視同本人行為，並由本人承擔一切法律責任

此致　基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院

立委託書人：_____（簽名 **或** 蓋章）身分證字號：_____

被委託代理人：_____（簽名 **或** 蓋章）身分證字號：_____

與立委託書人之關係_____　聯絡電話：_____

***本被委託代理人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任並賠償貴院衍生之損失。**

申請日期：　西元_____年_____月_____日

一、本人親自辦理(**已滿18歲**)：**本人身分證**正本(非本國籍人士請提供**護照**或**居留證**)，不需委託書。

二、委託代理人辦理：(1)**病患身分證**正本(2)**被委託代理人身分證**正本(3)**委託同意書**。

三、法定代理人(**未成年、受監護宣告或輔助宣告者**)辦理：(1)**法定代理人身分證**正本(2)法定代理人與病患關係之證明文件(如**戶口名簿、病患身分證、戶籍謄本**(三個月內有效)或**法院裁定書**等正本)。

四、往生者病歷資料辦理：**具繼承權者身分證**正本、與病患關係之證明文件(如**病人除戶證明、戶籍謄本、死亡證明書**)。

※備註說明：

為保障病人權益與隱私，如委託代理人申請時請備妥相關證件、委託同意書及被委託代理人身分證正本，紙本報告申請請至健康管理大樓 B2 病歷課；影像光碟申請請至醫療大樓 1 樓影像醫學科櫃台。