

索閱醫生姓名(正楷): _____
傳真/電話號碼: _____ / _____
日期: _____ 見註六

致: _____ 醫院
聯絡人: _____
傳真號碼: _____

出院病歷簡報/診症簡報 病人同意書

病人姓名
(中文) _____ (英文) _____
性別 _____ 年齡 _____ 身份證號碼 _____

本同意書僅在病人或病人父母/監護人/近親(視乎何者適合)簽署日期起計三個月內有效。

甲 同意

我是本表格的簽署人。我同意醫院管理局及其醫院/附屬機構向我的/病人的醫生透露我/病人(請✓及列明):

於_____年____月____日出院時的病歷簡報

診症簡報 (請列明專科) _____

乙 簽署人資料

簽署本表格之人士為: (請在適當空格內加上剔號)

病人本人;

病人父母/監護人/近親: (請註明)

姓名(中文) _____

姓名(英文) _____

身份證明文件類別及號碼 _____

地址 _____

電話號碼(日間) _____ (夜間) _____

與病人關係 _____

病人簽署〔見註一、二、三〕

日期

病人父母/監護人/近親簽署〔見註一、二、三〕

見證人簽署〔見註五〕

向病人作出解釋的醫生簽署〔見註四〕

見證人姓名

醫生姓名(正楷)

見證人身份證明文件類別及號碼

註一: 本表格由成年病人簽署。在病人健康狀況欠佳或未能簽署本表格的情況下,病人的近親應簽署本表格以表示支持或病人同意。

註二: 若病人未滿十八歲,而能夠理解本表格的內容及醫生向其作出的解釋,病人可自行簽署本表格。在盡可能的情况下,病人及其父母/監護人均應共同簽署本表格。

註三: 若病人因年紀或智力問題而未能理解本表格的內容及醫生向其作出的解釋,則只須由病人父母/監護人簽署本表格。

註四: 簽署本表格的醫生應為向病人、病人父母/監護人/近親作出解釋的醫生。

註五: 見證人需參與從解釋至簽署本表格的整個過程。若無人見證,請留空見證人此欄。

註六: 索閱醫生的姓名及傳真號碼須與香港醫學會醫生名冊所載的資料相同,否則索閱要求將不會受理。