

查閱資料要求(醫療紀錄)

Personal Information Collection Statement 收集個人資料聲明

Please read the following **BEFORE** you provide any personal data to us:
在向本院提供任何個人資料之前，請先閱讀以下內容：

1. Purpose of Collection 收集資料的目的

The personal data collected from this form will be used by the Hospital Authority ("HA"), including public hospitals / institutions managed by HA, for the purposes of processing and responding to this application.

醫院管理局(下稱「醫管局」)，包括由醫管局管理的公立醫院/醫療機構，會把表格所收集的個人資料，作為處理及回覆本申請之用。

When you provide the personal data to us, please make sure that the data is accurate and complete. If you fail to provide us with the information required or if the information provided is inaccurate or incomplete, our ability to process your application may be affected and your application may therefore be declined.

當你提供個人資料給我們時，請確保資料準確和完整。如你未能提供所需的資料，或資料不準確或不完整，我們處理是次申請的能力或會受影響，而是次申請或因此被拒絕。

2. Disclosure of Personal Data 透露個人資料

Please also note that your personal data collected may be made available to:

- appropriate persons in the HA, for the purposes of processing and responding to your application; and
- third parties where such disclosure is permitted or required by law or is in the public interest.

請留意你的個人資料可能會提供予：

- 醫管局內的適當人士，以處理及回覆本申請之目的；及
- 在法律容許或要求的情況下或出於公共利益的情況下的第三方

We will obtain your consent before using your personal data for any other purposes.

我們將會在得到你的同意後，才使用你的個人資料作為其他目的。

3. Data Access / Correction Requests 查閱 / 改正資料要求

If you wish to access / correct your personal data held by HA, you may do so under Personal Data (Privacy) Ordinance. Please submit your request to relevant data controller during office hours at:

In-person: Enquiry, G/F, Main Block, Tai Po Hospital, 9 Chuen On Road, Tai Po, N.T.

By Mail: Health Information & Record, Alice Ho Miu Ling Nethersole Hospital, 11 Chuen On Road, Tai Po, N.T.

如果你希望根據《個人資料(私隱)條例》要求查閱/改正醫管局持有的你的個人資料，請在辦公時間內向有關的資料控制員遞交申請：

親臨遞交: 新界大埔全安路9號大埔醫院正座地下詢問處

郵寄遞交: 新界大埔全安路11號雅麗氏何妙齡那打素醫院醫療資訊及紀錄部

4. Enquiries 查詢

For enquiries concerning this application, please contact Medical Report Team of our Health Information & Records Office at 2689 3352.

有關本申請的查詢，應致電 2689 3352 聯絡本院醫療資訊及紀錄部醫療報告組。

查閱資料要求：申請須知

填寫及遞交申請表格之前，請先閱讀以下內容：

- 重要事項**
- 本申請是根據〈個人資料(私隱)條例〉而進行。任何個人或代表一名個人的有關人士有權提出「查閱資料要求」及「資料複本要求」。
 - 資料當事人必須為在世人士，方可申請查閱有關資料。
 - 本申請表格只適用於查閱醫療紀錄，如要求其他個人資料，請使用〈查閱資料要求(表格 1)〉。

申請手續

- 申請人可以以下方式遞交申請：
- 親臨遞交：** 位置： 詢問處 (大埔醫院主座地下)
辦公時間： 星期一至星期五： 上午 9:00 至中午 1:00 及
下午 2:00 至下午 5:00
星期六、星期日及公眾假期： 休息
- 郵寄申請：** 地址： 新界大埔全安路 11 號雅麗氏何妙齡那打素醫院醫療資訊及紀錄部

所需文件

- 申請人 (不論是資料當事人或有關人士) 須於遞交申請時出示其有效身份證明文件或提交真確副本。
- 如申請由有關人士代表資料當事人提出，在向本院提交「查閱資料要求」表格時，有關人士必須：
 - (i) 親身出示其香港身份證 / 護照正本或提交真確副本
 - (ii) 提交與資料當事人之間關係證明文件之真確副本，例子為：
 - 出生證明書 / 法定管養權證明書 (若有關人士聲稱對資料當事人有父母責任)；
 - 資料當事人簽署的授權書正本 (若有關人士聲稱已獲資料當事人的授權)；
 - 法院簽發任命有關人士管理資料當事人事務法院文件 (若資料當事人無能力管理本身事務)；
 - 監護委員會 / 法庭 / 裁判官作出的監護令，顯示有關人士現正委任為精神上無行為能力的資料當事人的監護人；
 - 證明文件顯示有關人士就《精神健康條例》的相關條文獲轉歸監護或獲授權執行監護人的職能。
 - (iii) 如有需要，本院亦會要求申請人提交資料當事人身份證明文件之其真確副本。
- 請在表格中清楚列出你所要求醫療紀錄的時段、專科及類別。本院可能要求你提供更多資料以便識別和 / 或查找你的要求資料。如要求資料的描述太籠統，例如：「本人的所有個人資料」，本院可拒絕你的要求，因為本院不獲提供為找出要求資料而合理地要求的資訊。
- 所有文件或申請表格一經修改，資料當事人須在修改部份加簽。

收

費

- 由 2026 年 1 月 1 日開始適用：

	只申請紙本紀錄	只申請非紙本紀錄	同時申請紙本紀錄及非紙本紀錄
處理費	每次申請 100 元 (已包含不多於十頁的複製費及郵費)	每次申請 100 元 (已包含郵費)	每次申請 100 元 (已包含不多於十頁的複製費及郵費)
複製費	第十一頁及以後頁數： 每頁 1.5 元	X 光片、電腦掃描片等： 每種造影每張光碟 300 元	第十一頁及以後頁數： 每頁 1.5 元 X 光片、電腦掃描片等： 每種造影每張光碟 300 元

- 「資料複本要求」申請須連同處理費提交，否則將不予受理。
- 郵寄申請須以劃線支票付款，抬頭請寫明支付「醫院管理局」。#注意：請勿投寄現金。

所需時間

- 本院會在收到申請後的**四十日**內向有關人士作出回覆。如需額外收取複製費，本院會以書面通知有關人士繳交有關複製費，並於餘款繳清後發放要求資料。在任何情況下，本院必須在收到有關人士提交的足夠資料、收費及有關文件後，才會將要求資料發放予有關人士。

其他須知

- 請於表格中列明收取所要求的醫療紀錄的複本的方式，如未有清楚列明，本院將會以掛號形式郵寄予有關人士。如對報告有修正的要求，必須交回報告之正本。惟報告能否修正，將由本院及醫生作最後決定。

來電顯示

- 本院打出的電話，來電顯示將會顯示為 1828 551 或 1828 552，敬請留意接聽。

查

詢

- 電話號碼： (+852) 2689 3352

查閱資料要求(醫療紀錄)

重要事項

- 填寫及遞交查閱資料要求表格之前，請先閱讀〈查閱資料要求:申請須知〉。
- 除獲有關個人的同意外，本表格收集的個人資料只可用於處理此項查閱資料要求及其他與之直接有關的目的。
- 資料使用者必須根據《個人資料(私隱)條例》的規定，在收到查閱資料要求後的 40 日內，依從該項要求。如資料使用者不能於 40 日內依從該項查閱資料要求，他必須在 40 日的期限內以書面通知該查閱資料要求者有關情況及原因，並在他能依從該項查閱資料要求的範圍內，依從該項查閱資料要求。他其後必須在切實可行的範圍內盡快依從或盡快完全依從該項查閱資料要求。因應私家醫生診症需要，病人可授權其私家醫生聯絡醫管局的負責醫生以取得病人的病歷資料。

1. 資料使用者:

需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱:

大埔醫院

其他醫管局機構：請在填寫〈改正資料要求(附加資料)〉

2. 資料當事人 (必須為在生人士) 詳情

姓名(中文) : _____ 姓名(英文) : _____
 香港身份證號碼 : _____ / 護照號碼 : _____
 性別 : 男 女 年齡 : 十八歲或以上 未滿十八歲
 電話號碼(日間) : _____ 其他聯絡電話號碼 : _____
 地址 : _____

若提交香港身份證號碼，而提交的號碼正確及與醫管局資料庫所記錄的號碼相符，無須親身出示香港身份證正本或提交真確副本。否則，須提交香港身份證的真確副本，或親身向本院出示香港身份證正本，以供查核。

若提交護照號碼，請在向本院提交本「查閱資料要求」表格時，親身出示資料當事人的護照正本或提交真確副本。

3. 資料當事人所要求查閱的醫療紀錄(「要求資料」)詳情

(你可能需要提供更多資料以便本院識別和/或查找你的要求資料。請清楚和詳細指明你的要求資料，如要求資料的描述太籠統，例如：「本人的所有個人資料」，本院可拒絕你的要求，因為本院不獲提供為找出要求資料而合理地要求的資訊。)

所需查閱醫療紀錄的期間：

由 _____ 至 _____

所需查閱醫療紀錄的專科：

內科及老人科

骨科復康部

精神科

其他(請註明): _____

所需查閱醫療紀錄的類別:

醫療紀錄	
<input type="checkbox"/> 住院紀錄	<input type="checkbox"/> 內視鏡紀錄
<input type="checkbox"/> 出院總結	<input type="checkbox"/> 心電圖
<input type="checkbox"/> 覆診紀錄	<input type="checkbox"/> 腦電圖
<input type="checkbox"/> 化驗報告	

診斷造影		
X光	<input type="checkbox"/> 影像(光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
電腦掃描	<input type="checkbox"/> 影像(光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
磁力共振掃描	<input type="checkbox"/> 影像(光碟)	<input type="checkbox"/> 報告
超聲波掃描	<input type="checkbox"/> 影像(光碟)	<input type="checkbox"/> 報告

其他資料(請註明): #如不夠書寫,請在另頁提供詳情

這是本人 第一次 第二次 第三次 第____次(請註明)要求查閱所涉的醫療紀錄。

請在適當方格加上✓號

4. 本要求的性質

查詢資料要求

前述機構需通知資料當事人 (或有關人士) 其持有或並不持有資料當事人的要求資料。

資料複本要求

前述機構需通知資料當事人 (或有關人士) 其持有或並不持有資料當事人的要求資料。

前述機構需提供要求資料的真確副本予資料當事人 (或有關人士) 。如只選擇提出「資料複本要求」，將被視作同時提出「查詢資料要求」及「資料複本要求」，適用於「資料複本要求」的收費，列於〈查閱資料要求: 申請人須知〉內。

5. 有關人士詳情

(如果本申請乃由有關人士代表第 2 部份所註明的資料當事人提出，則須填寫此部分)

姓名 (中文) : _____ 姓名 (英文) : _____
香港身份證號碼 : _____ / 護照號碼 : _____
性別 : 男 女 年齡 : 十八歲或以上 未滿十八歲
電話號碼 (日間) : _____ 其他聯絡電話號碼 : _____
地址 : _____

在向本院提交本「查閱資料要求」表格時，請親身出示有關人士的香港身份證 / 護照正本或提交真確副本。

有關人士與資料當事人的關係必須是下列其中一項。請在適當方格內加✓號：

請選擇 a) 資料當事人 **年齡**未滿十八歲，而有關人士對資料當事人有父母責任；

或 b) 有關人士獲資料當事人授權提交本「查閱資料要求」，以及代其領取要求資料；

或 c) 資料當事人無能力管理本身事務，有關人士獲法院任命管理資料當事人的事務；

或 d) 資料當事人屬《精神健康條例》所指的精神上無行為能力的人，以及有關人士為：

經由法院、裁判官或監護委員會就《精神健康條例》第 44A、59O 或 59Q 條委任為資料當事人的監護人；

社會福利署署長就《精神健康條例》第 44B(2A)或 59T(1)條獲轉歸資料當事人的監護；

社會福利署署長或監護委員會認可的人士，根據《精神健康條例》第 44B(2B)或 59T(2)條獲授權執行資料當事人的監護人的職能。

如選擇 5(d)項，請提供有關人士被委任監護人 / 獲轉歸監護 / 獲授權執行監護人職能的日期：_____

上述 5(d)項的委任 / 轉歸 / 授權執行是否仍然有效： 是 否

現夾附下述證明文件之正本或真確副本：

出生證明書

法庭命令書

授權書

其他 (請註明): _____

6. 依從查閱資料要求的方式

本人希望： 醫院將所要求的醫療紀錄的複本，用掛號寄往本人在表格內填報的通訊地址。

親自到醫院領取所要求的醫療紀錄的複本。

7. 聲明及簽署：

在適用情況下，資料當事人已向有關人士發出不可撤銷授權，准許其代表資料當事人處理本「查閱資料要求」及領取要求資料。資料當事人及有關人士 (如適用者) 明瞭及同意需先繳交所有列於〈查閱資料要求: 申請人須知〉內適用的收費後，才可領取要求資料。

資料當事人及有關人士 (如適用者) 謹此聲明在本「查閱資料要求」表格內提供的資料準確無訛。

資料當事人簽署: _____ 日期 : _____

若由有關人士提交申請：

有關人士簽署 (如適用者) : _____ 日期 : _____

請在適當方格加上✓號