



## 醫療報告/病人資料: 申請表格

### 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 : Admission, G/F, Block A, Alice Ho Miu Ling Nethersole Hospital, 11 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11號雅麗氏何妙齡那打素醫院A座地下入院處

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。

## 醫療報告/病人資料: 申請須知

填寫及遞交申請表格之前，請先閱讀以下內容：

**申請手續** ■ 申請人可以以下方式遞交申請：

親臨遞交： 位置： 入院處 (雅麗氏何妙齡那打素醫院 A 座地下)  
辦公時間： 星期一至星期五： 上午 9:00 至中午 12:00 及  
下午 1:00 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

- 注意事項** ■ 申請人須註明所需資料的專科部門及有關病人接受本院治療的資料，包括日期、診症及住院收據、覆診卡等。
- 如須填寫保險公司發出的醫療保險表格，請將保險表格連同申請表格一併遞交。請須填妥醫療保險表格的第一部份，另病人須於此部份簽署。惟醫生可以書面形式或提供之表格完成醫療報告。
  - 如未能呈交病人 / 病人的授權人之同意書或出示有關證明文件正、副本及繳交費用前，有關之申請將不獲處理。
  - 所有文件 / 申請表格一經修改，病人須在修改部份加簽。

- 所需文件** ■ 申請人(不論是病人本身或獲授權人士) 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。
- 如申請人並非病人本身，在向本院提交表格時，申請人士必須：
    - (i) 親身出示其香港身份證 / 護照正本或提交真確副本
    - (ii) 提交成年病人或未成年病人父/母/監護人簽署的授權書正本
    - (iii) 提申請人或病人代表與病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 (若申請人或病人代表聲稱對資料當事人有父母責任)
      - 法院簽發任命申請人或病人代表管理病人事務的法院文件 (若病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，顯示申請人或病人代表現正委任為精神上無行為能力的病人的監護人
    - (iv) 如有需要，本院亦會要求申請人提交病人身份證明文件之真確副本。
  - 申請醫療報告時所提交的同意書 / 授權書必須為「正本」或「已確認為正本之影印本」。

- 收費** ■ 根據醫院管理局指引：
- (i) 醫療報告 (包括醫療報告、醫療保險表格等)  
每個專科 / 每份報告: 港幣 1,100 元 (最高收費為港幣 4,400 元)
  - (ii) 重發紀錄、紀錄的有效副本或從醫院管理局紀錄或資料庫擷取的資料 (包括出入院日期紀錄、重發醫生證明書、醫療費用紀錄等)  
每項紀錄: 港幣 300 元
  - (iii) 其他特別病人資料收費  
請向本處職員查詢。
- 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。
  - 一經申請，所付之一切費用，概不發還。

- 所需時間** ■ 一般情況下，每份醫療報告需時大約八星期完成。另外，醫生撰寫醫療報告時須參考病歷紀錄，如你或你的代辦人申請多於一份醫療報告，各科醫生須參考病歷紀錄，接續地完成每份醫療報告。每份附加的醫療報告需要多八星期完成。

- 其他事項** ■ 每份醫療報告 / 病人資料均以英文書寫。而醫療報告的內容只會提供病人於雅麗氏何妙齡那打素醫院接受治療期間的資料。而本院提供的資料將截至申請當日為止或由負責填寫醫療報告的醫生決定。
- 如要求修正醫療報告，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



HOSPITAL AUTHORITY

醫院管理局

Alice Ho Miu Ling Nethersole Hospital

雅麗氏何妙齡那打素醫院

## 醫療報告/病人資料: 申請表格

### 1. 病人個人資料

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「醫療報告/病人資料: 申請表格」表格時, 親身出示資料當事人的護照正本或提交真確副本。

### 2. 申請性質 (只限選擇一項)

- 醫療報告
- 保險索償 ( 保險索償表格附上) # 如醫生已填寫的保險索償表格, 則不會發出醫療報告。
- 醫生證明書 / 病假證明書 / 應診證明書 由 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_
- 出入院及到診紀錄 ( 不需列出專科資料) 由 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_
- 填寫表格
- 勞工處表格一: 證明僱員永久不適合擔任某類型工作證明書 [L.D.424(s)]
  - 公務員事務局表格 B: 申請發還 / 直接支付醫療收費(由醫院管理局提供的藥物的費用除外)
  - 其他 (請註明): \_\_\_\_\_

#### 申請詳情

# 請注意: 以下要求只供醫生作參考用途。

所需查閱醫療紀錄的期間:

由 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

所需查閱醫療紀錄的專科:

- |                              |                                  |                                |                                 |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 急症部 | <input type="checkbox"/> 骨科      | <input type="checkbox"/> 耳鼻喉   | <input type="checkbox"/> 精神科    |
| <input type="checkbox"/> 內科  | <input type="checkbox"/> 兒科及青少年科 | <input type="checkbox"/> 婦科    | <input type="checkbox"/> 臨床心理科  |
| <input type="checkbox"/> 外科  | <input type="checkbox"/> 眼科      | <input type="checkbox"/> 深切治療部 | <input type="checkbox"/> 痛症治療中心 |
- 其他 (請註明): \_\_\_\_\_

#### 申請目的

# 請注意: 以下要求只供醫生作參考用途。

- |                               |                                 |                                    |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 醫療參考 | <input type="checkbox"/> 申請保險賠償 | <input type="checkbox"/> 法律申訴程序    |
| <input type="checkbox"/> 個人記錄 | <input type="checkbox"/> 申索工傷賠償 | <input type="checkbox"/> 申請移民 / 簽證 |
- 其他 (請註明): \_\_\_\_\_

### 3. 申請人資料

姓名(中文) : \_\_\_\_\_ 姓名(英文) : \_\_\_\_\_  
香港身份證號碼 : \_\_\_\_\_ / 護照號碼 : \_\_\_\_\_  
性別 :  男  女 電話號碼(日間) : \_\_\_\_\_  
地址 : \_\_\_\_\_

# 在向本院提交本表格時, 請親身出示申請人的香港身份證 / 護照正本或提交真確副本。

請在適當方格加上✓號

#### 4. 同意書及聲明

##### (一) 病人同意書及聲明 (成年病人適用)

本人向申請人發出不可撤銷授權，准許其代表本人處理本「醫療報告 / 病人資料申請」及領取要求資料。  
本人現聲明據本人所知、所悉及所信，本同意書內所填報的一切資料，均屬真實、正確及並無遺漏。

簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

##### (二) 病人父/母/監護人同意書及聲明 (未成年病人適用)

###### 病人父/母/監護人資料

姓名 (中文) :	_____	姓名 (英文) :	_____
香港身份證號碼 :	_____	/ 護照號碼 :	_____
性別 :	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與病人關係 :	_____
地址 :	_____		

本人向申請人發出不可撤銷授權，准許其代表本人處理本「醫療報告 / 病人資料申請」及領取要求資料。  
本人現聲明據本人所知、所悉及所信，本同意書內所填報的一切資料，均屬真實、正確及並無遺漏。

簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

##### (三) 申請人聲明

###### 領取個人資料的方式

- 本人希望以掛號郵件收取所要求的醫療報告 / 病人資料。

地址: \_\_\_\_\_

- 本人希望親自領取所要求的醫療報告 / 病人資料，請在可以領取資料時通知本人。本人明白及同意，若本人於被通知可以領取資料後的三個月內，沒有領取資料，有關資料會以掛號郵件送遞本人。

本人明瞭及同意:

- (1) 必須待本人繳付有關費用後，閣下方會提供本人所需的個人資料。
- (2) 如果本人沒有指示領取個人資料的方式，資料會以掛號郵件寄遞給本人。
- (3) 以掛號郵件寄遞的個人資料，因未能寄遞而被郵局退回，閣下會於郵局退回郵件的三個月後，銷毀有關資料，無須事前另行通知本人。

簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

請在適當方格加上✓號