



博愛醫院

## 醫療記錄複本申請 / 查閱資料要求

個人資料(私隱)條例  
「資料複本申請」須連同處理費提交，  
否則不予受理。

( ☐ 請在適當方格加上✓ 號 )

請先參閱 "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. 須因應本要求而提供個人資料的醫管局機構名稱： 博愛醫院

2. 資料當事人（必須為在生人士）詳情：

姓名（中文）：\_\_\_\_\_（英文）\_\_\_\_\_

性別： ☐ 男 ☐ 女 年齡： ☐ 未滿十八歲 ☐ 十八歲或以上

香港身份證號碼：\_\_\_\_\_或 護照號碼：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_其他電話號碼：\_\_\_\_\_

# 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. 本要求的性質：

☐ 查詢資料要求 - 本院須通知資料當事人（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 - 本院須通知資料當事人（或有關人士）其持有或並不持有資料當事人的要求資料。

本院須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，列於查閱資料要求收費表內。

4. 申請原因：

☐ 醫療用途 ☐ 保險索償 ☐ 個人記錄 ☐ 法律申訴程序（請註明）：\_\_\_\_\_

☐ 其他：\_\_\_\_\_

**5. 資料當事人所要求查閱的個人資料（「要求資料」）詳情：**

資料日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**5.1. 資料類別**

- 醫療記錄：☐ 急症室病歷 ☐ 住院病歷 ☐ 專科門診病歷（科目名稱：\_\_\_\_\_）  
☐ 專職醫療病歷（部門名稱：\_\_\_\_\_）  
☐ 普通科門診病歷（門診名稱：\_\_\_\_\_）  
☐ 出院摘要 ☐ 臨床相片 ☐ 化驗報告
- X光：☐ 光碟/軟片\* ☐ 報告
- 磁力共振：☐ 光碟/軟片\* ☐ 報告
- 電腦掃描：☐ 光碟/軟片\* ☐ 報告
- 超聲波：☐ 光碟 ☐ 報告
- 其他：\_\_\_\_\_

#〔你可能須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。〕

\* 請刪去不適用者。

**5.2. 無關資料**（請於適當方格內加上「✓」號，並於適當地方填上資料）

本人**不需要**下述個人資料：

- ☐ 載於資料當事人以前曾向資料使用者提供的文件內的個人資料（例如：資料當事人向資料使用者及 / 或有關人士（如第六點所述）發出的信件）（請盡量詳細描述）：\_\_\_\_\_
- ☐ 載於資料使用者以前曾向資料當事人提供的文件內的個人資料（例如：資料使用者向資料當事人及 / 或有關人士發出的信件或資料使用者應過往的要求向資料當事人及 / 或有關人士所提供的文件）（請盡量詳細描述）：\_\_\_\_\_
- ☐ 屬於大眾可閱覽的資料（例如：新聞剪報上或公共登記冊內關於資料當事人的資料）
- ☐ 以下所述（請盡量詳細描述）：\_\_\_\_\_

**6. 有關人士詳情：**（如本申請乃由有關人士代表資料當事人提交，則須填寫此部分）

姓名（中文）：\_\_\_\_\_（英文）：\_\_\_\_\_

性別：☐ 男 ☐ 女 與病人關係：\_\_\_\_\_（如適用）

香港身份證號碼：\_\_\_\_\_或 護照號碼：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電話號碼(日間)：\_\_\_\_\_ 其他電話號碼：\_\_\_\_\_

# 在向本院提交本「查閱資料要求」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。

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 6 (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 6 (d) 項的委任 / 轉歸 / 授權執行是否仍然有效： ☐ 是 ☐ 否

# 請一併提供能證明有關人士與資料當事人之關係的證明文件真確副本。證明文件的例子列於 "查閱資料要求 - 申請須知" 第 6 點。

## 7. 聲明及簽署（只供年滿十八歲的人士填寫）

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）明瞭及同意須先繳交所有列於收費表內適用的收費後，才可領取要求資料。

資料當事人或有關人士（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：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 8. 領取資料方式 \*\* 請留意申請須知 7 \*\*

- ☐ 掛號郵件收取(請填寫地址) ☐ 親臨領取 - 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。

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>致：_____ (先生 / 女士)</p> <p>地址：_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p><b>部門專用</b> Application Received By: _____</p> <p>Patient ID/Passport: <input type="checkbox"/> Match with PMI <input type="checkbox"/> Original/True copy verified</p> <p>Applicant ID/Passport: <input type="checkbox"/> Original / True copy verified</p> <p>Birth certificate: <input type="checkbox"/> Original / True copy verified</p> <p>Marriage certificate: <input type="checkbox"/> Original / True copy verified</p> <p>Other Doc: _____ <input type="checkbox"/> Original/True copy verified</p> <p>Remarks: _____</p> |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## 博愛醫院 查閱資料要求 - 申請須知

- 1 本申請是根據《個人資料(私隱)條例》而進行。任何個人或代表個人的有關人士有權提出查閱資料要求及資料複本申請。
- 2 與本申請相關的資料當事人必須為在生人士。
- 3 申請表格(正本)以及有關證明文件可經郵遞或親自呈交。如選擇郵寄申請，請以劃線支票遞交費用，並在支票抬頭寫明「醫院管理局」收。（**注意:請勿投寄現金**）
- 4 本院會在收到申請後40日內向申請人作出書面回覆。如所需費用超出處理費(港幣\$76)，本院會先以書面通知(資料當事人/有關人士)繳交所須費用/預計複印資料的費用。**請注意，餘款必須於資料發放前繳清。**

餘款可以郵寄劃線支票至本部門或親臨本院繳交：

|       |                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------|
| 繳費處:  | 新界元朗坳頭博愛醫院閣樓                                                   |
| 辦公時間: | 星期一至星期五: 上午8:45時至下午6時<br>星期六: 上午8:45時至下午12:30時<br>星期日及公眾假期: 休息 |

如親臨繳費處付款後，請將收據連同書面通知附頁的回條交回本部門。

- 5 「資料複本申請」收費表(2017年6月18日開始適用)：

|                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| 處理費 <sup>1</sup> :   | 每次港幣 76 元 (已包含首 10 頁的複製費及郵費)      |
| 第十一頁及以後頁數的複製費:       | 每頁港幣 1 元                          |
| 光片、光碟、電腦掃描片、腦電圖等複製費: | 每種造影/每張光碟港幣 230 元<br>每張底片港幣 230 元 |

<sup>1</sup> 除非本院不能提供資料當事人的要求資料，否則處理費不予發還

- 6 如有需要，資料當事人/有關人士須出示有關證明文件或提交真確副本，以供本院查核：
  - 香港身份證／護照正本；
  - 結婚證書；
  - 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。
- 7 如果沒有指示領取個人資料的方式，資料會以掛號郵件寄遞。若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至申請人提供的地址。以掛號郵件寄遞的個人資料，因未能寄遞而被郵局退回，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。
- 8 如有查詢，請聯絡本院：

地址：新界元朗坳頭博愛醫院閣樓  
醫療資訊記錄部  
醫療信息發放組

辦公時間：星期一至星期五：上午 9 時至下午 5 時(午膳時間：下午 1 時至 2 時)  
星期六：上午 9 時至下午 12 時 30 分  
星期日及公眾假期：休息

查詢電話：2486 8367

傳真號碼：2486 8531