



威爾斯親王醫院

查閱及複印資料/醫療紀錄/X-光片申請表格

(請先參閱"申請須知-查閱資料要求")

(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。

此欄由本院處理 Ref.: PWH/MRO/PD(P)O _____ / _____ Request date: _____ Completion date: _____

1. 資料使用者 (需因應本要求而提供個人資料的醫管局機構名稱): 威爾斯親王醫院 其他: _____

2. 資料當事人/病人資料詳情(必須為在生人士)
姓名(英文): _____ (中文): _____
香港身份證號碼: _____ 或 護照號碼: _____
性別: 男 女 資料當事人/病人的年齡: 滿十八歲或以上 未滿十八歲
電話號碼(日間): _____ 其他聯絡電話號碼: _____
地址: _____

3. 查閱的資料詳情 (你可能需要提供更多資料以便本院/本局識別和/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/本局可拒絕你的要求，因為本院/本局不獲提供為找出要求資料而合理地要求的資訊。而本院提供的資料將截至本申請當日為止。)
期間：由 _____ 至 _____
所需查閱 / 索取的資料:-
醫療紀錄: 住院紀錄 出院摘要 急症室紀錄
 覆診紀錄 (_____診所) 化驗紀錄
X 光片/光碟類別: 普通 X 光 普通 X 光報告
 電腦掃描 電腦掃描報告
 磁力共振 磁力共振報告
 其他資料(請註明) 如不夠書寫，請在另頁提供詳情: _____
要求查閱所述個人資料的原因:-
 醫療用途 / 個人紀錄 / 保險申索用途
 法律申訴程序(請註明) _____
 其他 (請註明) _____
這是本人第 一 / 二 / 三 / _____ (請註明) 次要求查閱所涉的個人資料。

4. 本要求的性質

- (甲)查詢資料要求**—前述機構需通知資料當事人/病人（或有關人士）其持有或並不持有資料當事人/病人的要求資料。
- (乙)資料複本要求**—前述機構需通知資料當事人/病人（或有關人士）其持有或並不持有資料當事人/病人的要求資料。前述機構需提供要求資料的真確副本予資料當事人/病人(或有關人士)。如只選擇提出(乙)「資料複本要求」，將被視作同時提出(甲)「查詢資料要求」及(乙)「資料複本要求」，適用於「資料複本要求」的收費，該收費列於申請須知-查閱資料要求的第七項(收費)內。

5. 有關人士(申請人)資料 (如本申請乃由有關人士代表資料當事人/病人提出，則須由有關人士填寫此部份)

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

姓名(英文)： _____ (中文)： _____

香港身份證號碼： _____ 或 護照號碼： _____

性別： 男 女

電話號碼(日間)： _____ 其他聯絡電話號碼： _____

地址： _____

與資料當事人/病人關係： _____

有關人士(申請人)簽署： _____ 日期： _____

有關人士與資料當事人的關係必須是下列其中一項。

是 (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。

如是 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： _____

請一併提供能證明有關人士與資料當事人之間關係的證明文件真確副本。證明文件的例子可參閱【查閱資料要求 - 申請須知】之第四項。

6. 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/病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/病人處理本「查閱資料要求」及領取要求資料。資料當事人/病人及有關人士（如適用者）明瞭及同意需先繳交所有列於申請須知-查閱資料要求的第七項(收費)內適用的收費後，才可領取要求資料。

資料當事人/病人及有關人士（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/病人簽署： _____ 日期： _____

(如申請人並非資料當事人/病人)
有關人士(申請人)簽署(如適用者)： _____ 日期： _____

7. 資料當事人/病人至親同意書 (如資料當事人/病人未滿十八歲，請填寫以下資料)

姓名(英文)： _____ (中文)： _____

香港身份證號碼： _____ 護照號碼： _____

性別： 男 女

電話號碼(日間)： _____ 其他聯絡電話號碼： _____

地址： _____

與資料當事人/病人關係： _____

本人同意院方將資料當事人/病人之個人資料發放給有關人士(申請人)/有關人士/有關機構。

資料當事人/病人近親簽署 _____ 日期： _____

只供有關部門填寫

Applicant's ID checked Y / N

Relationship checked Y / N

INF Y / N

PL Y / N

AS(AC),

Please charge Medical Records at \$ _____

SM(DS/Hi&R), PWH

(請在適當方格填上 ✓ 號)