

客戶姓名：_____

病歷號碼 _____

出生日期：_____

收集/披露個人健康資訊同意書

本人，_____，授權 Holland Bloorview 兒童復健醫院

以正楷書寫全名

收集下列資訊：

_____ 特定資訊說明

資料來源：

_____ 組織名稱

_____ 地址

_____ 組織名稱

_____ 地址

及/或 (圈選一項)

揭露下列資訊：

_____ 特定資訊說明

揭露對象：

_____ 名稱

_____ 地址

_____ 名稱

_____ 地址

上述資訊來自下列客戶的記錄：

_____ 客戶完整姓名

_____ 客戶地址

我瞭解此個人健康資訊僅會由接收者用於下列用途：

_____ 請陳述為何需要此資訊

請注意，所揭露的個人健康資訊可能包含關於其他家庭成員的資訊。

簽名者得透過提交書面要求予 **Holland Bloorview 兒童復健醫院健康資料資源部門**，而隨時終止或變更此授權。

我在此放棄關於揭露此個人資訊而對 Holland Bloorview 兒童復健醫院提起之任何賠償。

_____ 日期

_____ 客戶簽名/
合法授權同意人的簽名

_____ 關係

CON=DISCLOS

第 1 頁，共 1 頁 6519 (03/17)

_____ 見證人簽名 (年滿 18 歲或以上)