

高雄市立凱旋醫院

病歷資料調閱授權書(保險公司專用)

病人(病人本人或其利害關係人)利害關係人如：法定代理人、繼承人、監護人、輔助人

106年6月26日病歷管理委員會制定通過

病人姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷號碼		
聯絡地址									電話	
利害關係人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係		
聯絡地址									電話	

授權目的 保險投保 保險理賠 保險契約內容異動變更

契約生效日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

授權查詢範圍 (請立授權書人填寫)

一、查詢期間：_____年_____月_____日~_____年_____月_____日。(5年內)

二、就診病名：_____。(應具體列明)

三、查詢項目(請勾選，可複選)：

門診紀錄 急診紀錄 檢驗報告 出院病歷摘要 病程護理紀錄

茲因病人保險之需要，聲明授權及同意下列事項：

一、授權保險公司(下稱被授權人)，向凱旋醫院查詢並以書面方式提供醫療相關資料。

二、被授權書人應以正式公文檢附本授權書正本向凱旋醫院申請病人之病歷。

三、立授權書人已知悉本授權書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病、其他法定傳染病之病歷資料。被授權人應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。

四、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予凱旋醫院無關，立授權書人或被查詢人不得向凱旋醫院為任何法律上之主張。

五、本授權同意書有效期限為書立日期起3個月內。

立授權書人已詳閱及充分瞭解以上事項，並同意凱旋醫院依上述事實、授權書內容、授權查詢範圍提供被授權人病歷資料。(必勾選)

立授權書人： _____ (簽名且蓋章) 身分證字號： _____ 聯絡電話： _____

與病人之關係(請圈選)：本人、法定代理人、繼承人、監護人、輔助人

本授權書書立日期： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<p>本保險公司(被授權人)向凱旋醫院聲明並保證下列事項：</p> <p>一、被授權人以當面口頭向立授權書人詳細說明本授權書內容及查詢病歷資料之範圍和風險，並由立授權書人本人填寫與確認查詢範圍。</p> <p>二、被授權人對於因本件授權而取得之任何病人資料、文件、訊息等，不得違法或於授權範圍外利用而侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。</p> <p>三、被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任，並願賠償病人及凱旋醫院因此所衍生之一切損失。</p> <p><input type="checkbox"/> 被授權人對於上述聲明及保證事項已充分瞭解，並確實依照規定辦理。(必勾選)</p>	<p style="text-align: center;">被授權人(保險公司)</p> <p style="text-align: center;">請蓋保險公司關防章</p> <p>聯絡人： _____</p> <p>聯絡電話： _____</p> <p>聯絡地址： _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

備註：1. 若為病人本人申請者，請提供身分證影本；如為利害關係人申請，應同時檢附立授權書人身分證明文件影本與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件證明(如戶口名簿、法院裁定書等，視利害關係人之身分提出之)。

2. 病人若已往生，立授權書人必須為具繼承權之親屬或遺囑執行人，且提供病人死亡證明書或除戶證明，並附加自己的身分證影本及與病人關係證明文件。

3. 授權查詢期間需自契約生效日之前5年內迄本授權書書立日期為止。

PS. 貴公司注意事項：

如需請醫師填寫病歷資料相關問題，請來函時另外檢附 1 張病歷資料回覆表格，以利醫師回覆，且本院病歷資料調閱授權書的授權查詢範圍第三點查詢項目，請勾選出院病歷摘要(如表格)，相關文件請寄至本院醫師室；如需申請病歷複製本，請將來函寄至醫療事務室。

高雄市立凱旋醫院
病歷資料調閱授權書(保險公司專用)

病人(病人本人或其利害關係人)利害關係人如：法定代理人、繼承人、監護人、輔助人 106年01月26日病歷管理委員會制定通過

病人姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
利害關係人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係	
聯絡地址								電話	
授權目的	<input type="checkbox"/> 保險投保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 保險契約內容異動變更								
契約生效日	年 月 日								
授權查詢範圍 (請立授權書人填寫)	一、查詢期間：_____年_____月_____日~_____年_____月_____日。(5年內) 二、就診病名：_____。(應具體列明) 三、查詢項目(請勾選，可複選)： <input type="checkbox"/> 門診紀錄 <input type="checkbox"/> 急診紀錄 <input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input checked="" type="checkbox"/> 出院病歷摘要 <input type="checkbox"/> 病程護理紀錄								

高雄市立凱旋醫院 敬啟