

醫療財團法人好心肝基金會好心肝診所病歷複製申請單

※請您勾選所屬申請人類別，並備妥相關證件：

1. 本人申請：身分證正本查驗。

姓名 _____ 身分證字號 _____ 病歷號 _____ 份數 _____。

申請病患於好心肝診所之病歷資料 門診紀錄 內視鏡報告 (○腸鏡 ○胃鏡)

超音波報告 (○腹部 ○心臟 ○乳房 ○甲狀腺 ○頸動脈) 檢驗報告 心電圖 X光(文字報告) 病理組織切片報告 其他 _____。

2. 代理人申請：(1) 病人身分證正本 (2) 病人之委託同意書 (3) 代理人身分證正本。

3. 法定代理人申請 (未成年人、受監護宣告者)：(1) 病人身分證正本(未成年者得提供戶口名簿正本) (2) 法定代理人身分證正本 (3) 與病人之關係證明 (戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定書等正本)。

◎本項如由代理人申請，須備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證正本。

4. 具繼承權者申請(往生者資料)：(1) 具繼承權者身分證正本 (2) 與病人之關係證明文件 (3) 病人除戶證明正本(除戶謄本或死亡證明書)。

※委託代理人申請時，應檢具相關證明文件正本供查驗、影印留存。

※本國人姓名均以中文登錄，影印之報告如需加註英文姓名須另出示護照正本或相關官方證明佐證。

※受理時間：週一至週六 (8:30~17:00)；例假日不受理。

※病歷資料為個人隱私，為保障病人權益，若申辦證件不齊全或為影印本者恕不受理，尚祈見諒！

好心肝診所病歷複製本申請委託同意書

本人 (病患本人或未成年病患之法定代理人) 因無法親自至好心肝診所申請病歷資料影本，特委託 _____ (先生/女士) 代為前往申請。

門診紀錄 內視鏡報告 (○腸鏡 ○胃鏡) 超音波報告 (○腹部 ○心臟 ○乳房 ○甲狀腺 ○頸動脈) 檢驗報告 心電圖 X光(文字報告) 病理組織切片報告 其他 _____。

立同意書人：_____ (簽章)；身分證字號：_____

代理申請人：_____ (簽章)；身分證字號：_____；與病人之關係：_____

※本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴診所衍生之損失。

領收人簽名：_____ 本人 代理人；領收日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日