

醫療報告及病人資料申請表

(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申請及其他與之直接有關的目的。)

一. 病人個人資料 (此部份必須填寫)

姓名 (英文) : _____ (中文) : _____

(姓) (名)

性別 : 男 女 出生日期 : _____

香港身份證號碼 / 護照號碼 : _____

地址 : _____

電話號碼(日間) : _____ 其他聯絡電話號碼 : _____

二 申請項目 (每份申請表格只供申請一項醫療報告/資料)

- | | | | | |
|---|-------------|---|-----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 醫療報告 | \$895 (每科計) | <input type="checkbox"/> 醫生證明書
(醫生病假紙) | 由 _____ 至 _____ | \$230 |
| <input type="checkbox"/> 出生日期及時間 | \$230 | <input type="checkbox"/> 應診證明書 | 由 _____ 至 _____ | \$230 |
| <input type="checkbox"/> 死亡日期及時間 | \$230 | <input type="checkbox"/> 到診記錄 | 由 _____ 至 _____ | \$230 |
| <input type="checkbox"/> 其它(請註明): _____ | | <input type="checkbox"/> 收費記錄 | 由 _____ 至 _____ | \$230 |

三 要求索取的資料

甲) 有關科目 :

- 急症室 急症科 骨科 外科 內科及老人科 婦產科
 兒科 腦外科 精神科 耳、鼻、喉科 眼科 綜合專科
 普通科門診(請註明門診名稱) _____

九龍東職員心理服務診所/職員緊急事故心理服務中心#

#此乃職員服務，如欲申請有關醫療報告及/或病人資料，必須在適當空格加上「✓」號或在信中列明。

其他(請註明): _____

乙) 住院/申請期間: 由 _____ 至 _____

丙) 受傷日期: _____ (如適用)

四 申請原因

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 申索保險賠償 (<input type="checkbox"/> 保險表格附上) | <input type="checkbox"/> 房屋調遷 |
| <input type="checkbox"/> 申索工傷賠償 | <input type="checkbox"/> 申請移民 / 簽證 |
| <input type="checkbox"/> 法律申訴程序用途 | <input type="checkbox"/> 個人記錄 |
| <input type="checkbox"/> 協助申請家人團聚 | <input type="checkbox"/> 其他(請註明): _____ |

五 病人簽署 (如病人是本份醫療報告的接收人，請在下欄簽署)

簽署: _____

日期: _____

請在適當方格填上√號

六 獲授權人士／代理人資料 (如病人不是本份醫療報告的接收人，請填寫第六、七項)

姓名：(英文) _____ (中文) _____

(姓) (名)

性別： 男 女 香港身份證號碼/護照號碼： _____

聯絡電話： _____

地址： _____

通訊地址： _____
(如與上址不同)

申請人/代理人簽署： _____ 日期： _____

七 病人同意將病歷資料發放給申請人／代理人 (只供年滿十八歲之病人簽署)

本人 _____ (病人姓名)、香港身份證號碼： _____ 同意院方將本人之病歷資料發放給上述之申請人 / 代理人。

病人簽署： _____ 日期： _____

八 病人親屬 / 死者親屬 資料

(請填寫此欄, 若*1) 病人未滿十八歲 2) 因精神狀況而不能處理本身事務之病人 3) 病人已去世)

姓名 (英文): _____ (中文): _____

(姓) (名)

性別: 男 女 香港身份證號碼/護照號碼: _____

電話號碼: _____

通訊地址: _____

與病人/死者 關係: _____

(請提供關係證明副本如: 結婚證明書或出世紙)

死者親屬之聲明

(只供申請已故病人的醫療報告填寫)

本人聲明如下:

- 本人已經向法院申請或已經被法庭委任為死者的唯一或其中一位遺產代理人，管理死者的遺產。
 本人有權申請成為死者的遺產代理人或本人可作為及代表所有有權申請承辦死者的遺產的人士。

病人 (或死者) 親屬簽署: _____ 日期: _____

請選擇資料領取方法

郵寄 (地址: _____)

自行在辦公時間內到本院領取 (聯絡電話: _____)

此欄只供本院填寫

資料當事人及有關人士的 *香港身份證/護照號碼已經由 _____ (職員姓名) 核對*正本/副本

* 請刪去不適用者

請在適當方格填上√號

醫院管理局
基督教聯合醫院
申請醫療報告/病人資料須知

1. 根據醫院管理局政策，每份醫療報告/每個專科最低收費為港幣\$895，最高收費為\$3,580。申請一般病人資料（死亡日期證明、出入院日期證明、出生日期及時間、收費記錄、到診記錄及補發醫生證明書），每份收費為港幣\$230。費用一經繳交，概不發還。
2. 如申請出生日期及時間，須提交出生證明書副本。
3. 如申請醫療報告是作為保險賠償用途，請附上有關表格。惟醫生可以書面形式或所提供之表格完成醫療報告。
4. 請清楚填寫申請表內的一切資料。醫療報告內容會依照該份申請表所提供的資料為準。
5. 所有醫療報告/病人資料均用英文書寫。
6. 申請人須取得病人授權書(正本)，方可申請有關病人的醫療報告/病人資料。
7. 申請人須取得父 / 母 / 監護人同意書(正本)方可申請十八歲以下病人的醫療報告/病人資料。
8. 如病人已經去世，則須有病人的委託人之同意書(正本)，方可申請醫療報告/病人資料。
9. 申請人、病人及有關人士等須出示有關證明文件及呈交文件副本，以核實身份，例如：
 - 出生證明書或法定管養權證明書（若病人在十八歲以下）
 - 死亡証、遺囑認證或遺產承辦書（若病人身故）
10. 如未能呈交病人/病人的授權人之同意書或出示有關證明文件正、副本及繳交費用前，有關申請將不獲處理。
11. 如以郵遞方式申請，請將填妥之表格連同處理費的劃線支票(抬頭「基督教聯合醫院」或「醫院管理局」)，寄回 觀塘協和街 130 號基督教聯合醫院 S 座地庫一樓「資料控制員辦事處」收。
12. 如在本院即時申請，請將填妥之申請表格交 S 座地庫一樓「資料控制員辦事處」(入院登記處側)。經核對資料後，申請人須到位於 S 座地下（近藥房）之繳費處繳交費用。如以支票付款，抬頭請寫「基督教聯合醫院」或「醫院管理局」，並加以劃線。繳費後，請將收據交回資料控制員辦事處。
13. 每份醫療報告需時約 8 星期完成。每份病人資料（死亡日期證明、出入院日期證明、出生日期及時間、收費記錄、到診記錄及補發醫生證明書），需時大約 4 星期完成。如對報告有修正的要求，必須交回報告之正本。惟報告能否修正，將由本院及醫生作最後決定。
14. 如有任何查詢請致電本院 2379 9611 / 3949 4070。