

## 確認及同意書

本人了解，**Northwest Gastroenterology Clinic 與 NGC 內視鏡檢查**（以下簡稱「本診所」）將使用及披露我的健康資訊。

本人了解，我的**健康資訊**可能包括本診所建立及接收的資訊、可能是書面或電子紀錄或口頭文字形式、可能包括我的健康史、健康狀況、症狀、檢查、檢驗結果、診斷、治療、程序、處方及類似的健康相關資訊類型。

本人了解並同意，本診所得**使用及披露**我的健康資訊進行下列事項：

- 決定並計畫我的護理及治療。
- 與其他醫療護理提供者共同管理我的護理及治療轉介、諮詢、協調。
- 確定我的投保資格或保險承保範圍，並向保險公司或可能負責支付部分或全部醫療費用的其他方呈交帳單、理賠申請及其他相關資訊。
- 執行各種辦公室、行政及業務職能，以支援我的醫生提供、安排及報銷具成本效益的高品質醫療護理。

本人也了解，我有權接收並查看書面說明，了解本診所如何處理我的健康資訊。此書面說明稱為《**隱私權條例通知**》，說明本診所的員工、職員及其他辦公室人員對健康資訊的使用及披露及所遵循的資訊條例，以及我對自身健康資訊的權利。

本人了解，《**隱私權條例通知**》得隨時修訂，並且我有權收到任何修訂後的《**隱私權條例通知**》副本。本人也了解，本診所最新版本的《**隱私權條例通知**》副本將張貼在候診區／掛號區。

本人了解，我有權要求部分及／或全部健康資訊不得以《**隱私權條例通知**》說明的方式使用或披露，並且我明白法律不要求「本診所」同意此類請求。

在下方簽名即表示本人同意，我已查看並了解上述資訊，並且我已收到或已被提供《**隱私權條例通知**》副本。

簽署者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_  
(患者)

或

簽署者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_  
(患者代表)

代表權限說明：\_\_\_\_\_

