

民眾自費檢驗 COVID-19 申請表暨同意書

申請人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：_____ 出生日期：_____

一、申請自費檢驗 COVID-19 原因：

- 居家隔離/檢疫者因(親屬國外親屬)身故或重病，須外出奔喪或探視
 旅外親屬事故或重病等緊急特殊因素入境他國家/地區 工作 出國求學
 外國或中、港、澳門人士出境 相關出境適用對象之眷屬 短期商務人士
 經嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心同意 其他：_____

二、取得 COVID-19 檢驗結果之時間等需求：_____

三、出境日期：_____年_____月_____日 【非出境免填】

四、搭乘航空班機編號：_____ 【非出境免填】

五、個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書

申請人於_____年_____月_____日於新北市立土城醫院接受 COVID-19 自費檢驗資料之個人資料(包括姓名、身分證字號、生日、檢驗結果等資料)提供予衛生福利部中央健康保險署：

1. 於檢驗報告上傳之日期起算同意不同意，7年內，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入申請人之健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統，並得於本人醫療需要範圍內予以蒐集、處理或利用。
2. 於檢驗報告上傳之日期起算同意不同意，7年內，提供衛生福利部疾病管制署作為相關疫情監測。

申請人已瞭解：不同意提供個人自費檢驗資料對申請自費檢驗並無影響。如同意提供，就提供之個人資料得依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利，並得行使：申請查詢或請求閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及請求刪除等權利。

雖申請人不符合衛生福利部疾病管制署通報及篩檢定義，但立同意書人仍要求進行 COVID-19 核酸檢測(PCR) 抗原快篩檢驗，其相關費用_____元同意自行負擔。

此致

新北市立土城醫院(委託長庚醫療財團法人興建經營)

立同意書人：_____ (簽章) 身分證號/居留證或護照號碼：_____

立同意書人地址：_____

立同意書人簽署日期：_____年_____月_____日

法定代理人(註1)簽章：_____ (簽章) 與病人關係：_____

身分證號/居留證或護照號碼：_____ 聯絡電話：_____

法定代理人地址：_____

法定代理人簽署日期：_____年_____月_____日

附註：

一、立同意書人由病人親自簽署，若立同意書為限制行為能力人、無行為能力人或監護、輔助宣告之人，則得由其法定代理人、監護人、或輔助人於本同意書之法定代理人簽名欄簽章，並於「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係；病人如為未成年人(依民法規定)或因故無法為同意之表示時，應由醫療法第六十三條第一項規定之相關人員簽署。

二、立同意書人請務必詳閱所載事項，如有任何疑問或更進一步瞭解，請於簽署本同意書前，詳細詢問相關醫師。

一式二聯：一、醫師 ↓ 病人 ↓ 病歷室

民眾自費檢驗 COVID-19 申請表暨同意書

申請人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：_____ 出生日期：_____

一、申請自費檢驗COVID-19原因：

- 居家隔離/檢疫者因(親屬國外親屬)身故或重病，須外出奔喪或探視
旅外親屬事故或重病等緊急特殊因素入境他國家/地區 工作 出國求學
外國或中、港、澳門人士出境 相關出境適用對象之眷屬 短期商務人士
經嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心同意 其他：_____

二、取得COVID-19檢驗結果之時間等需求：_____

三、出境日期：_____年_____月_____日【非出境免填】

四、搭乘航空班機編號：_____【非出境免填】

五、個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書

申請人於_____年_____月_____日於新北市立土城醫院接受 COVID-19 自費檢驗資料之個人資料(包括姓名、身分證字號、生日、檢驗結果等資料)提供予衛生福利部中央健康保險署：

- 1.於檢驗報告上傳之日期起算同意不同意，7年內，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入申請人之健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統，並得於本人醫療需要範圍內予以蒐集、處理或利用。
- 2.於檢驗報告上傳之日期起算同意不同意，7年內，提供衛生福利部疾病管制署作為相關疫情監測。

申請人已瞭解：不同意提供個人自費檢驗資料對申請自費檢驗並無影響。如同意提供，就提供之個人資料得依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利，並得行使：申請查詢或請求閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及請求刪除等權利。

雖申請人不符合衛生福利部疾病管制署通報及篩檢定義，但立同意書人仍要求進行COVID-19 核酸檢測(PCR) 抗原快篩檢驗，其相關費用_____元同意自行負擔。

此致

新北市立土城醫院(委託長庚醫療財團法人興建經營)

立同意書人：_____ (簽章) 身分證號/居留證或護照號碼：_____

立同意書人地址：_____

立同意書人簽署日期：_____年_____月_____日

法定代理人(註1)簽章：_____ (簽章) 與病人關係：_____

身分證號/居留證或護照號碼：_____ 聯絡電話：_____

法定代理人地址：_____

法定代理人簽署日期：_____年_____月_____日

附註：

一、立同意書人由病人親自簽署，若立同意書為限制行為能力人、無行為能力人或監護、輔助宣告之人，則得由其法定代理人、監護人、或輔助人於本同意書之法定代理人簽名欄簽章，並於「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係；病人如為未成年人(依民法規定)或因故無法為同意之表示時，應由醫療法第六十三條第一項規定之相關人員簽署。

二、立同意書人請務必詳閱所載事項，如有任何疑問或更進一步瞭解，請於簽署本同意書前，詳細詢問相關醫師。

一式二聯：二、醫師↓病人