

## 馬偕紀念醫院遠距通訊診察治療知情同意書

病歷號碼(身分證號、ID)

台籍 非台籍\_\_\_\_\_

姓名

- 一、同意接受自費遠距通訊診療，診療內容有(一)詢問病情，(二)出院後病情診察，(三)處方之調整與照護指導，(四)衛生教育，(五)開給方劑(限偏鄉離島)。
- 二、通訊地點位於台灣和離島屬於境內遠距通訊診療，基本診療時間10鐘收費500元，超時每五分鐘收費500元。
- 三、通訊地點位於台灣以外均屬於境外，非台籍遠距通訊診療，掛號費1000元，基本診療時間30鐘收費6,500元，超過30分鐘後，超時每五分鐘收費1000元。
- 四、通訊地點位於台灣以外均屬於境外，台籍遠距通訊診療，掛號費1000元，基本診療時間30鐘收費2,300元，超過30分鐘後，超時每五分鐘收費500元。
- 五、根據衛生福利部醫事司104年公告「醫療機構醫療隱私維護規範」，針對錄音、錄影需「徵得病人同意」。
- 六、遠距通訊診察治療辦法過程依據衛生局要求，為保障諮詢服務雙方權益，全程需要錄音及錄影並儲存，您的權益確實受到保障，包括個人資料及隱私，均會依法予以保密，必須通過病歷調閱申請。
- 七、遠距通訊診察治療辦法服務連絡電話：遠距照護中心 02-25421461
- 八、本告知同意書如有未盡事宜，雙方應本於誠實信用原則及商業習慣與醫療常規共同協商處理之，就本告知同意書所生之法律關係應以中華民國法律規定解釋及適用之，且不適用法律衝突原則；如因執行本告知同意書之規範事項發生紛爭而致生涉訟者，雙方同意以臺灣臺北地方法院為第一審管轄法院。

本人接受馬偕紀念醫院上述之說明事項

同意 不同意 接受遠距通訊診察治療服務

簽署者的聲明：以上的資訊已經向我說明，我有足夠的機會詢問此同意書的細節，我可以在簽署同意書之後隨時向我的臨床醫師或檢查單位詢問。

本人  代理人(關係：\_\_\_\_\_)

姓名：\_\_\_\_\_ (簽章) 身分證字號/(ID)：\_\_\_\_\_

聯絡人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

簽署日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

