

中國醫藥大學北港附設醫院(CMUBH)

自費檢驗 COVID-19(新冠肺炎) 抗原篩檢申請表及報告授權同意書

檢查日期： 年 月 日

姓名			
出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號(護照號碼)			
申請原因：	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 陪/探病 <input type="checkbox"/> 其他		
注意事項：	<ol style="list-style-type: none">民眾抗原快篩陰性，不代表安全無虞，亦可能有偽陰性或採檢時病毒量較低無法被偵測之可能，應請民眾持續自我健康監測。抗原快篩為初篩檢驗；若為陽性時，會通報衛生單位並需即時以 RT-PCR(核酸檢驗)進行確認及做後續處理。如需紙本報告者於檢測後 2 小時，持收據憑證至批掛櫃台領取。		
自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書	<p>本人同意採檢醫院 <u>中國醫藥大學北港附設醫院</u> 將 SARS-CoV-2 篩檢之個人資料(包括姓名、身分證字號、生日、檢驗結果等資料)：</p> <ol style="list-style-type: none">同意於簽署本同意書，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入申請人 <input type="checkbox"/>健康存摺及 <input type="checkbox"/>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。提供衛生福利部疾病管制署作為相關疫情監測。提供事業單位作為健康管理之用。 <p>立同意人簽章： _____ 身分證/居留證/護照號碼： _____ 西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人已瞭解：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。</p>		
身分證證明文件黏貼處			