寶建醫療社團法人 寶建醫院
PAOCHIEN HOSPITAL

姓 名：

病歷號：

民眾自費檢驗 COVID-19同意書暨申請表

申請人姓名 Applicant Name	(中文)	證件類型 Document	證件號碼 Document No.
		□身分證 ID	
	(英文：同護照)	□居留證 ARC	
		□護照 Passport	

申請原因	□居家隔離/檢疫者，因親屬身故或重病等社會緊急需求，需外出奔喪或探視 Those under home isolation or quarantine who need to attend a funeral of a deceased first or second degree relative or visit such relative with serious illness □旅外親屬事故或重病等緊急特殊因素入境他國家/地區 Those who need to visit other countries/regions for an emergency involving their relatives overseas, including accidents or serious illness □工作 Work □短期商務人士 Taiwan CDC-defined short-term business □出國求學 Those requesting COVID-19 testing for studying abroad □外國或中國大陸、香港、澳門人士出境 Foreign nationals, mainland Chinese, Hong Kong or Macao residents requesting COVID-19 testing for departure □相關出境適用對象之眷屬 Family members of those listed above □經嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心同意 Special approval by CECC □其他因素 Others：_____

出境資料 【非出境免填】	出境日期 Date of departure	_____年(Y)_____月(M)_____日(D)
	搭乘航空班機編號 Flight No.	

取得檢驗結果時間等需求 Special request for report time	_____年(Y)_____月(M)_____日(D) _____時_____分

備註說明 Note	
個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書	就申請人於民國____年____月____日於_寶建_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）： 1.同意於簽署本申請表之日期起算□永久或_____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。 _____(簽章)_____(法定代理人簽章) 2.同意於簽署本申請表之日期起算□永久或_____年內，提供衛生福利部疾病管制署作為相關疫情監測。 _____(簽章)_____(法定代理人簽章) 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。

民眾自費檢驗 COVID-19 同意書暨申請表《承上頁》

※雖申請人不符合衛福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 檢驗，**相關費用□一般件 3,500 元；□急件 4,000 元同意自行負擔，特立此據為憑**。

立同意書人：_____ 關係：病人之_____

身分證/居留證或護照號碼：_____ 聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

日期：_____年_____月_____日

附註：

一、因二親等親屬身故或重病，需外出奔喪或探視之居家隔離/檢疫者及依國內工作需求者，無須填寫「出境日期」及「搭乘航空班機」等項目。

二、立同意書人由病人親自簽署，若立同意書人非病人本人者，「關係」欄位應予填載與病人的關係；病人若為未成年者(未滿 20 歲)或因故無法為同意之表示時，應由醫療法第 63 條第一項規定之相關人員簽署。

三、立同意書人請務必詳閱所載事項，如有任何疑問或需更進一步了解，請於簽署本同意書前，詳細詢問醫師。