

病患資訊公開
授權書

MH 5671 (Rev. 08/04) 第 1 頁，共 3 頁

患者機密資訊
請參閱 W&I 法規第 5328 節以及
HIPAA 隱私條例 CFR 第 164.508 節

說明：在收到提供病患資訊的要求時，可使用本表格取得必要授權書，除非收到的要求為本表的傳真文件，或者已包含所有必要資訊。取得病患或病患父母/監護人/保護人的簽名。如果是病患簽名，還需取得「見證人簽名」。依照此授權書內容將公開的資訊列於本表背面。

醫院不得根據本授權書決定治療及醫療費用的條件。病患可拒絕簽署授權書。倘若病患未簽署授權書，除非在法律要求的情況下，否則醫院不得公開此資訊。如果病患提出要求，病患有權檢閱此授權書所公開的受保護健康資訊，或是取得資訊的影本。

病患姓名 _____ 出生日期 _____ | _____ | _____
月 日 年

本人， _____ 和/或 _____
病患姓名 父母/監護人/保護人的姓名

茲授權 _____
機構/人員/組織名稱

_____ 地址 (街道、城市、州別以及郵遞區號)

公開 _____

本表第 2 頁中指定的資訊，並了解此項公開將揭露已提供或正在提供之精神健康服務的事實。

--	--

病患資訊公開
授權書

MH 5671 (Rev. 08/04) 第 2 頁，共 3 頁

患者機密資訊
請參閱 W&I 法規第 5328 節以及
HIPAA 隱私條例 CFR 第 164.508 節

此資訊*之公開係基於下列目的：(最初適用領域)

- 評估
- 治療計劃/程序
- 其他 (請指明) _____

並且僅限於公開下列資訊類型 (最初所有適用領域)：

自 (需填寫日期) _____ 至 (需填寫日期) _____ ；
或任何指明的資訊/記錄，而不考慮日期。

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 整份記錄 | <input type="checkbox"/> 隔離與/限制
資訊 | <input type="checkbox"/> 心理/職業檢驗結果 |
| <input type="checkbox"/> 診斷結果 | <input type="checkbox"/> HIV 檢驗結果 | <input type="checkbox"/> 會議日期 |
| <input type="checkbox"/> 精神病學評估 | <input type="checkbox"/> 其他評估/
評量 (請指明) | _____ |
| <input type="checkbox"/> 病歷摘要 | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 社交記錄 | _____ | <input type="checkbox"/> 其他 (請指明) |
| <input type="checkbox"/> 個別治療
計劃 | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 法律資訊 | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 醫療、神經
評量、實驗室檢驗，
例如 EEG、EKG 等。 | _____ | _____ |

*根據此授權書公開資訊可在法律允許或需要的情況下由接收者再次公開。此授權書的生效日期為 (月/日/年) _____。此授權書可透過書面並加註簽名的方式隨時撤銷，但已經採取行動的情況則無法撤銷。倘若授權書未經撤銷，將於下列日期結束後終止 (勾選一項)：

- 6 個月
- 一年或
- 指定日期 _____

本人了解收到的是此授權書的副本。

_____	日期： _____
病患簽名	月 日 年
_____	日期： _____
父母/監護人/保護人 (如果適用)	月 日 年
_____	日期： _____
見證人簽名	月 日 年
_____	日期： _____
專業人員簽名*	月 日 年

_____	日期	_____	取得授權之人員	_____	日期
專業人員簽名*					

*此授權書中所指的專業人員僅限醫師、持照心理醫師或是擁有社會工作碩士學位的社會工作者，只有他們才能核准病患病歷公開的最初要求。

病患資訊公開
授權書

MH 5671 (Rev. 08/04) 第 3 頁，共 3 頁

患者機密資訊
請參閱 W&I 法規第 5328 節以及
HIPAA 隱私條例 CFR 第 164.508 節

資訊公開之記錄

下列資訊已經向本表正面所指定的具名方公開。明確報告、記錄、公開項目的指定日期

- | | | |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 整份記錄 | <input type="checkbox"/> 法律資訊 | <input type="checkbox"/> 其他評估/ 評量 (請指明) |
| <input type="checkbox"/> 診斷結果 | <input type="checkbox"/> 醫療、神經評量、實驗室檢驗，例如 EEG、EKG 等。 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 精神病學評估 | <input type="checkbox"/> HIV 檢驗結果 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 病歷摘要 | <input type="checkbox"/> 心理/職業檢驗結果 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 社交記錄 | | <input type="checkbox"/> 會議日期 |
| <input type="checkbox"/> 個別治療計劃 | | _____ |
| <input type="checkbox"/> 其他： | | _____ |

公開者 (姓名與職稱)

公開日期