仁安醫院
UNION HOSPITAL
挂 号 表 格

I. 个人资料　阁下必须提供正确的个人资料，以便本院能适当地照顾阁下之健康问题。

医疗记录编号 URN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (Official Use Only)　　*请尽量以正楷英文填写　☐ 请在适当方格填上✔号

英文姓名* _____ (Surname)　_____ (Given Name)

中文姓名 _____　性别 ☐ 男 / ☐ 女　出生日期 ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (日 - 月 - 年)

国籍 _____ 证件号码 _____ 中国居民身分证号码 _____

住址 * _____ 室 _____ 楼 _____ 座/大厦名称 _____ 屋苑名称

_____ 街道名称 _____ 区域 _____ 地区

通信地址 ☐ 同上　☐ 其他 _____

电话号码 (住宅) _____ (手提电话) (香港/澳门/中国/其他地方) _____ (接收短讯电话)

电邮地址 _____ 已知致敏物质 _____

备注 _____

II. 家属资料 (请提供最少一位家属资料)

1 姓名 _____ 关系 _____ 备注 _____

电话号码 _____ (手提电话) (香港/澳门/中国/其他地方) _____ (接收短讯电话)

2 姓名 _____ 关系 _____ 备注 _____

电话号码 _____ (手提电话) (香港/澳门/中国/其他地方) _____ (接收短讯电话)

III. 收集个人资料声明及诊疗须知

收集个人资料

作为您的/您子女的/您的受监护人的医生/护士/医护人员，我们有需要于不同期间请您提供相关的个人资料（包括健康资料），并向任何合适人士查阅您的/您子女的/您的受监护人的医疗记录或有关资料，用作您的/您子女的/您的受监护人的健康护理或相关事宜（包括但不限于质量保证、研究、培训和仁安医院 / 仁安医院有限公司及其附属公司、联属公司或相关公司等的收费用途）。当您提供我们所需的个人资料时，请确保这些资料是准确及完整的，否则有可能影响我们为您/您的子女/您的受监护人提供的诊疗和护理。

个人资料的转交

请注意，您所提供的个人资料（包括健康资料）可能会被交予：

- 仁安医院 / 仁安医院有限公司及其附属公司、联属公司或相关公司内之合适人士；
- 仁安医院 / 仁安医院有限公司及其附属公司、联属公司或相关公司以外之医生、医护人员或其他相关人士；
- 经仁安医院 / 仁安医院有限公司及其附属公司、联属公司或相关公司等授权之访客、职员、学生或受训员；
- 在灾难性情况发生时，交予有关的政府部门、医院管理局或其他机构，作为处理灾难事件之用；
- 在法例规定或允许下、在公共卫生需要下或在核实您的身分作为收费或其他相关用途下，交予适当的政府部门、办事处或管理机构等。

除了上文所述以外，我们只会首先在基于您的/您子女的/您的受监护人的健康目的或直接相关的事宜或在法例允许下，才会使用、透露或转移您所提供的个人资料。

查阅或改正个人资料

如果您需要根据《个人资料（私隐）条例》要求查阅或改正您所提供的个人资料，请于办公时间内与医护人员联络。

☑ 本人亦知悉及明白持续医疗护理的重要，在此授权仁安医院：如本人／本人的子女／本人的受监护人由仁安医院转往其他医院或医疗机构作医疗治疗，仁安医院可向该医院或该医疗机构索取本人／本人的子女／本人的受监护人在治疗期间的医疗记录。

☑ 本人已得悉有关医院的基本收费资料。

☑ 本人明白医院收集本人的个人资料的其中一个目的是协助医院向本人追收欠款(如有)，而追收欠款可能牵涉把本人的个人资料转移至第三者，如医院的代表律师及／或第三者收数代理。本人同意院方在追收欠款的目的下保留权利向这些第三者提供本人的个人资料。

☑ 本人已明白并愿意遵守病人／儿童病人约章。

☐ 仁安医院将定期以邮寄、电邮或电子讯息向阁下提供免费的健康资讯、医疗常识、推广优惠及活动资讯。
如阁下不想收到此等健康及优惠资讯，请在方格内填上 "✓" 。

☐ 本人不想接收有关入院或复诊的短讯提示。
通信语言选择　☐ 中文　☐ 英文

经由签署此文件，本人确认已细阅、明白及同意以上所列出的条款及「收集个人资料声明」。

客户／监护人签署 _____　日 期 _____

挂 号 表 格

NUA-043m-24-771sc(R24)