

醫療事故院外關懷服務申請書（醫療機構用）

申請院所	院所名稱		申請日期	
	聯絡人		電話	
	通訊地址	()		
	電子郵件			
事件概述	事故發生日			
	事件經過 (請敘述包含事件起因、過程及現況)			
	病方訴求			
<p>注意事項(請於<input type="checkbox"/>中打勾)：</p> <p><input type="checkbox"/>本人／機構同意委託財團法人藥害救濟基金會及其指定之專家，協助針對本次醫療爭議事件，提供以下服務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供關懷諮詢及建議 2. 協助本人（機構）與病方進行溝通、說明與協商 <p><input type="checkbox"/>本人同意財團法人藥害救濟基金會及其指定之專家，為執行醫療事故關懷及爭議協處服務，得蒐集、處理及利用本人提供之個人資料，並配合政策成果發表或統計需要，予以加密或去識別化處理。</p>				
[案件受理] 本欄位由受理 單位填寫	受理日期：	受理單位：		
	受理人員：	案件編號：		

申請人簽名：_____

日期：_____年_____月_____日