

醫病溝通關懷服務 申請書

本服務是在醫師與病人間構築一個第三方溝通平台，透過中立的關懷小組促成雙方溝通與相互理解，並提供心理支持或適時轉介其他爭議處理管道，以促進醫病和諧。

基本資料

資訊來源	<input type="checkbox"/> 衛生局	<input type="checkbox"/> 醫療機構	<input type="checkbox"/> 其他 _____
病人姓名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
申請人姓名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
與病人關係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 繼承人	<input type="checkbox"/> 代理人，關係 _____
連絡電話			

事故內容

醫療機構名稱	所在縣市
醫事人員姓名	職務
就醫日期	
事故內容 (請簡述事件起因及過程，如篇幅不足，請另以A4紙繕附)	
具體訴求	

知情同意

為執行醫療事故關懷相關業務，我們需要蒐集您個人資料。

您的個人資料將不會被公開，未來若有學術研究或統計需要，我們將以加密或去識別化處理或發表，您的身分仍將保密。

我已閱讀上述須知並同意申請醫療事故溝通關懷服務

案件受理 本欄由受理單位填寫	受理日期	受理單位
	受理人員	案件編號

病人或申請人簽名： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日