

個人資料使用同意書

一、基於教學、研究、衛教、醫療技術介紹之需要，立同意書人同意奇美醫療財團法人奇美醫院、柳營奇美醫院、佳里奇美醫院及其他附設機構（以下合稱奇美體系醫療機構）如下使用：

1. 立書人在奇美體系醫療機構之病歷資料（包括醫師所製作之病歷，各項檢查、檢驗報告資料及其他醫事人員所製作之紀錄），同意奇美體系醫療機構使用。
2. 同意奇美體系醫療機構攝錄並使用立書人非屬於病歷記載範圍之醫療過程及相片。
3. 前兩項所述資料可以在奇美體系醫療機構內、外，使用於教學、研究、衛教等提升醫療品質之用途上。
4. 前 1、2 所述資料可用紙本、出版品、電子平面、電子視訊等方式使用，也可進行數位化典藏，透過網路、平面媒體、電子媒體等公開傳播而使用，並同意非營利之下載、列印、瀏覽等。

二、本人得隨時以書面要求奇美體系醫療機構禁止繼續使用前開資料；自要求禁止使用之日起，奇美體系醫療機構必須停止使用，但在此前已使用或已公開者，不在此限。

此致 奇美醫療財團法人奇美醫院、柳營奇美醫院、佳里奇美醫院及其他附設機構 收執

立同意書人：

身分證統一編號：

住址：

連絡電話：

中華民國 年 月 日

CONSENT AND RELEASE AGREEMENT

1. I hereby grant my permission and consent to the Chi Mei Hospital and its Liouying campus, Chiali campus, and affiliated institutions (collectively, “Chi Mei Healthcare”) to use my information — which may include:
 - 1) My medical documents (including medical records, examination reports, lab results, and other records made by medical personnel in the Chi Mei Healthcare)
 - 2) Film, video images and photographs taken of me by the Chi Mei Healthcare during medical procedures not contained in the medical record.
 - 3) I hereby grant a right and license to Chi Mei Healthcare for utilization, adaption, distribution, and display of the above-mentioned information in educational, research, and health informational activities and to improve healthcare quality.
 - 4) Such information may be used in print, electronic publications, electronic videos, digital archive and public communication through the internet, online media or print media. I grant permission to download, print, and browse such materials for non-commercial use.
2. I understand that I can withdraw my consent at any time by giving written notice to the Chi Mei Healthcare starting from the day of withdrawal request; this withdrawal of consent does not apply retrospectively to those that have not been publicly released.

Name: _____ Phone Number: _____

Identification Number: _____

Address: _____

Date: _____ / _____ / _____ (yyyy/mm/dd)