

申請院外影像上傳同意書

本人_____同意將本人在其他醫院之檢查影像光碟_____片，上傳至臺北榮民總醫院醫療影像儲傳系統，以利臺北榮總醫師診療之需求，特立此書以茲證明。

申請人簽章：_____（限本人） 申請人身分證字號：_____

申請人聯絡電話：_____ 申請人本院病歷號：_____

光碟來源醫院：_____

委託人簽章：_____ 委託人身分證字號：_____

委託人與申請人之關係：_____ 委託人聯絡電話：_____

※委託人需確實經申請人同意後代辦，如有虛假、偽冒，需負相關法律責任※

※醫療影像係屬個人隱私資料，委託上傳申請請檢具身分關係證明文件※

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

本次就診資訊：門診_____科第_____診就診醫師姓名：_____

住院_____ - _____病房 主治醫師姓名：_____

※外院影像光碟片本院僅保管自收件後 1 個月，超過期限本院將統一銷毀※

※基於資安風險，外院影像上傳僅接受以光碟方式傳輸資料，恕不接受其他儲存設備媒介※

※為避免民眾於現場久候延誤看診，上傳櫃檯最後收件時間為下午17:00整，逾時將在隔日上傳影像※

光碟歸還簽收：