通訊諮詢告知同意書

高雄榮民總醫院

姓　名：　　性　　別：　　出生日期：

病 歷 號：　　申請科別：　　申請時間：

就醫序號：　　申請序號：

1. 高雄榮民總醫院將以通訊提供醫療諮詢服務，其通訊使用之軟體/硬體為 **Cisco Webex**，我已知悉如何使用，並且貴院已向我解釋以通訊方式提供醫療諮詢服務之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受醫療諮詢。
2. 我已知悉通訊諮詢方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以通訊方式諮詢時，得建議我改以其他方式接受醫療諮詢。
3. 我同意使用本院通訊醫療諮詢服務，每次會談時間約為 30 分鐘，途中若發生連線問題(如:網路斷訊) 得加以調整。
4. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____ (或緊急聯絡人姓名:_____，電話:_____)。
5. 擬實施之服務項目：_____。
6. 貴院醫師已向我詳細說明通訊諮詢該項檢查治療可能發生之併發症及危險，我已充分瞭解並已詳讀同意書內容。

同意由貴院施行通訊諮詢該項建議。貴院實施通訊諮詢該項建議時，應善盡醫療諮詢上必要之注意，諮詢檢查治療中或其後，若發生緊急情況，同意接受貴院必要之緊急處置建議。

醫師簽章：

此　　致　高雄榮民總醫院

與病人之關係：□本人 □配偶 □父母 □子女 □其他：_____

□病情符合醫療法第 60 條、63 條及 64 條陳述之情況緊急，得免簽具同意書(請醫師以病人角色，正楷簽名)

立同意書人：_____ 簽章　　身分證統一編號：_____

住址/電話：□如右_____

(請勾選)□資料錯誤, 重填: _____

西元　　年　　月　　日　　時　　分

附註

1. 立同意書人，由病人親自簽具；病人為未成年人或無法親自簽具者，依醫療法第六十四條第一項規定，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
2. 立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
3. 醫院為病人實施手術後，如有再度實施手術之必要，除有醫療法第六十三條第一項但書所定情況緊急者外，仍應依本格式之程序說明並再簽具同意書，始得為之。本項檢查治療比照上述規定辦理。
4. 醫療法第六十四條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。