

「疑似或社區精神病人照護優化計畫」服務同意書

_____（以下稱本單位）為推動衛生福利部「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，向受服務者_____（以下稱當事人）說明服務內容與個資蒐集事項，雙方共同遵循以下事項：

一、服務內容：本計畫旨在提供當事人適切之精神醫療服務，並加強社區照護與轉介，包含：精神醫療就醫評估、協助規律就醫、社區外展照護及後續追蹤服務。

二、同意聲明：

（一）個人資料蒐集及保管

1. 本單位依據中華民國「個人資料保護法」與相關法令法規之規範下，將謹慎蒐集、處理及利用當事人之個人資料。
2. 請提供當事人正確及完整之個人資料。
3. 若有任何異動，請主動向本單位申請更正，以確保當事人權益。
4. 當事人可依中華民國「個人資料保護法」，就其個人資料行使以下權利：
(1)請求查詢或閱覽。(2)製給複製本。(3)請求補充或更正。(4)請求停止蒐集、處理及利用。(5)請求刪除。

（二）蒐集個人資料應告知事項

1. 蒐集單位及利用對象：本計畫之相關主管機關、執行單位、受補助單位及依法具監督管理權責之機關。
2. 蒐集之目的：本單位蒐集個人資料之目的在於推動社區精神醫療照護服務，提供當事人相關資源及支持服務，以保障個人就醫權益。
3. 蒐集之個人資料類別：包括姓名、出生日期、身分證字號、聯絡方式、地址、教育程度、婚姻狀況、主述問題等資料，詳如轉介單內容。

4. 個人資料利用之期間、地區及方式：

(1)期間：本計畫執行服務期間及本計畫規定應保存之期限。

(2)地區：中華民國臺灣地區（含澎金馬地區）。

(3)方式：包含書面、電子文件、電話訪談、簡訊或通訊軟體聯繫；並透過個案管理、轉介評估、跨網絡單位協調及行政作業等方式，於前述利用對象與蒐集目的範圍內進行處理及利用。

我已閱讀並且接受上述同意書內容（請務必完成勾選）

當您勾選「我同意」並簽署本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意接受本同意書之所有內容。若您未滿十八歲，應由其法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容。

立同意書人（當事人）簽名或蓋章： （請親簽）

法定代理人（主要照顧者或具特別密切關係之人）簽名或蓋章： （請親簽）

關係：

日 期： 年 月 日