

酒癮治療知情同意書（範例-不具酒癮治療費用補助規定）

本人_____在經過醫療團隊說明後，瞭解酒癮和糖尿病、高血壓等慢性病一樣，需要長期、穩定的接受治療及復健，也明白酒癮治療為自費醫療（未納入健保）。本人願意接受醫療團隊排定之治療計畫（包括於療程結束後依本人需要提供之病況追蹤與電話關懷），並於衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」建立本人病歷資料。此外，為利醫療機構提供本人所需之共病照護，本人：

同意 不同意

於接受酒癮治療期間至治療結束後 1 年內，由衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」介接及處理本人於醫療機構之就醫資料。

同意 不同意

_____（治療機構）為本人治療需要，自衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」跨院查詢本人就醫情形。

衛生福利部及_____（治療機構）針對上開本人之各項就醫資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第 3 條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

治療機構：	_____	立書人：	_____
說明人員：	_____	地址/電話：	_____
		法定代理人：	_____

.....

♥若需變更預約接受治療時間，請撥打_____（治療機構聯繫電話）。

衛生福利部 關心您！

酒癮治療知情同意書（範例-具酒癮治療費用補助規定）

本人_____在經過醫療團隊說明後，瞭解酒癮和糖尿病、高血壓等慢性病一樣，需要長期、穩定的接受治療及復健，也明白酒癮治療為自費醫療（未納入健保）。本人願意接受醫療團隊排定之治療計畫（包括於療程結束後依本人需要提供之病況追蹤與電話關懷），並於衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」建立本人病歷資料。此外，

同意 不同意

參與「衛生福利部酒癮治療費用補助方案」，及配合衛生福利部補助費用管理之需要與俾利醫療機構提供本人所需之共病照護，於本人接受酒癮治療期間至治療結束後 1 年內，由衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」介接及處理本人於醫療機構之就醫資料，也願意遵守治療費用補助方案之規定：

- (1) 無重複至其他治療機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回重複申請補助之款項。
- (2) 對於已排定或已預約之治療，應配合接受治療，如連續 2 次無故未依約接受治療，將取消補助資格。

同意 不同意

_____（治療機構）為本人治療需要，自衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」跨院查詢本人就醫情形。

衛生福利部及_____（治療機構）針對上開本人各項就醫資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第 3 條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

治療機構：

立書人：

說明人員：

地址/電話：

法定代理人：

.....

♥若需變更預約接受治療時間，請撥打_____（治療機構聯繫電話）。

衛生福利部 關心您！