

病歷資料查詢同意書

為辦理本人 _____ (病人姓名) 與相對人執業之
_____ 醫療(事)機構進行醫療爭議調解所需,特此同

意臺南市政府衛生局得向與本案相關之醫療(事)機構

查詢本人自 _____ 至 _____ 期間,在上開機構就醫之

病歷資料,供衛生局辦理本案醫療爭議調解之後續相關事宜。

此外,並 同意 不同意相對人及其醫療機構,查詢本人自 _____

至 _____ 期間,在 _____

醫療(事)機構與本案有關之就醫病歷。

此致

臺南市政府衛生局醫療爭議調解會

病人姓名：

身分證字號：

委任代理人姓名：

身分證字號：

申請人簽章：

申請日期： 年 月 日