

醫病溝通關懷服務 申請書

本服務是在醫師與病人間構築一個第三方溝通平台，透過中立的關懷小組促成雙方溝通與相互理解，並提供心理支持或適時轉介其他爭議處理管道，以促進醫病和諧。

基本資料

資訊來源	<input type="checkbox"/> 衛生局	<input type="checkbox"/> 醫療機構	<input type="checkbox"/> 其他 _____
病人姓名			性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
申請人姓名			性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
與病人關係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 繼承人	<input type="checkbox"/> 代理人，關係 _____
連絡電話			

爭議內容

醫療機構名稱			所在縣市
醫事人員姓名			職 務
就醫日期			
爭議內容 (請簡述事件起因及過程，如篇幅不足，請另以A4紙繕附)			
具體訴求			

知情同意

為執行醫療爭議關懷相關業務，我們需要蒐集您個人資料。您的個人資料將不會被公開，未來若有學術研究或統計需要，我們將以加密或去識別化處理或發表，您的身分仍將保密。

我已閱讀上述須知並同意申請醫療爭議溝通關懷服務

病人或申請人簽名：_____

日期：_____年____月____日