

衛生福利部 106 年度醫療爭議處理品質提升計畫

醫療爭議溝通關懷服務轉介單(醫療機構用)

您好：

當醫病雙方希望更進一步釐清或化解爭議時，可直接向當地醫師公會申請醫療爭議溝通關懷服務（下稱本服務），或由醫療機構、衛生機關等管道，經病方同意後協助轉介。

本服務是在病人與醫療機構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，適時提供心理支持或轉介其他救濟援助或爭議處理方式等，以促進醫病和諧！

○○醫師公會 謹上

連絡電話(○○)○○○○○○○○

| | | | | |
|------------|--|---|------|---|
| 轉介院所 | 轉介院所名稱 | | 轉介日期 | |
| | 所在縣市 | | | |
| | 會員姓名 | | 會員職稱 | |
| | 聯絡人 | | 連絡電話 | |
| | 通訊地址 | | | |
| | 電子郵件 | | | |
| 病方 | 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 | | | |
| | 通訊地址 | | | |
| | 電子郵件 | | | |
| 爭議事件 概述 | 爭議期間或 就醫日期 | | | |
| | 爭議內容 (請敘述包含事件 起因、過程及現 況，如篇幅不足， 請另以 A4 紙繕附) | | | |
| | 具體訴求 | | | |

病方知情同意須知

- 一、本服務僅提供說明、溝通及關懷服務，促進醫病雙方化解爭議。
- 二、為執行醫療爭議關懷相關業務，我們需要蒐集您的姓名、性別、聯絡電話等個人資料。您的個人資料將在符合《個人資料保護法》與相關法令規範下，進行處理及利用。
- 三、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轉介/申請醫療爭議溝通關懷服務

本服務結束後，我同意接受後續案件追蹤或訪談

此致

○○醫師公會

病方簽名：_____

日期： 年 月 日