

醫療服務(錄音、錄影)個人資料蒐集、處理及利用告知暨同意書

本院(所)為保障醫病雙方權益、維護醫療環境安全及提升醫療服務品質，依據個人資料保護法(以下簡稱個資法)第6條第1項第1款(經當事人書面同意)及第8條規定，向您明確告知下列事項，請您詳閱並簽署同意書：

- 一、 蒐集之機關名稱：《請填寫醫療機構完整名稱，例如：○○醫療醫所》。
- 二、 蒐集之特定目的：醫療安全維護、防止醫療暴力、醫病溝通紀錄確認、維護雙方權益及醫療行政管理。
- 三、 個人資料之類別：於本院診療、諮詢或環境動線中所拍攝或錄製之聲音、面貌影像、動態錄影(含個資法第6條所定義之特種醫療健康表徵)。
- 四、 個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
 - (一) 期間：本院內部安全管理所需之檔案保存期限(通常為30至90天，惟若涉及醫療爭議、司法訴訟者，保存至爭議與法律責任完全解決為止)。
 - (二) 地區：中華民國境內
 - (三) 對象：本院(所)、司法機關、警察機關及依法有調查權之衛生機關。
 - (四) 方式：以數位錄音錄影設備進行符合上述目的之儲存、重製、處理與利用。

- 五、 當事人依個資法第3條規定得行使之權利及方式：

您就本院/所保有之錄音錄影個人資料，得親自向本院/所《請填寫受理單位，如：社會服務室/醫療企劃課》提出書面申請行使下列權利：

(一) 查詢或請求閱覽。

(二) 請求製給複製本。

(三) 請求補充或更正。

(四) 請求停止蒐集、處理或利用。

(五) 請求刪除。惟本院因執行職務或法律業務所必須者，得依法拒絕或延後履行其請求。

六、當事人得自由選擇提供其個人資料時，不提供將對其權益之影響：

您得自由選擇是否同意接受錄音、錄影。惟若您不同意，本院仍將依法提供醫療照護，但於發生醫療暴力、溝通爭議或權益受損之特定醫療區域時，本院將可能無法及時提供完整的影音證據以保障您的法律權益。

七、本院(所)個人資料之蒐集若發生個資外洩、竊取或竄改等資安事件，本院(所)必立即查明後採取適當補救措施，並依法通知當事人及主管機關。

【當事人同意簽署欄】

本人已充分閱讀並瞭解上述告知事項，同意本院於安全維護與服務紀錄之目的內，錄製、處理及利用本人(或代理人)之錄音、錄影個資，本同意書將併同病例依規保存，並為以下同意表示(請勾選)：

☐一次概括性同意，爾後就診不再逐次簽署同意書

☐每次就診，皆須再次詢問並取得同意

當事人(或代理人、監護人)簽名：_____

簽署日期：民國_____年____月____日