



寶血醫院(明愛)

Precious Blood Hospital (Caritas)

香港九龍深水埗青山道 113 號

電話: (852) 3971-9900 傳真: (852) 8148-7474

電郵地址 : medrec@pbh.hk

領取醫療記錄文件授權書

Authorization for Collection of Medical Record Document

本人

*香港身份證/旅遊證件號碼

I

*HKID / Travel Document No. _____

(姓名 Name)

現授權予

*香港身份證/旅遊證件號碼

authorize

*HKID / Travel Document No. _____

(姓名 name)

聯絡電話

電郵

Telephone No. _____

Email _____

地址

Address _____

公司名稱

Company _____

代為領取 *本人 / 本人之

to collect the following document(s) for me /my _____,

(與病人關係 Relationship) (病人姓名 Name of Patient)

的下列文件：

<input type="checkbox"/> 醫療報告 Medical Report	<input type="checkbox"/> 物理治療複本 Copy of Physiotherapy Records
<input type="checkbox"/> 醫療記錄複本 Copy of Medical Records	<input type="checkbox"/> 化驗報告複本 Copy of Laboratory Report
<input type="checkbox"/> 出生時間 Birth Certificate (Time of Birth)	<input type="checkbox"/> X-光報告複本 Copy of X-ray Report
<input type="checkbox"/> 分娩記錄 Delivery Record	<input type="checkbox"/> 電腦掃描報告複本 Copy of C.T. Scan Report
<input type="checkbox"/> 補領嬰兒出生免疫注射記錄(針咭) Re-Issuance Newborn Immunization Record	<input type="checkbox"/> 磁力共振掃描報告複本 Copy of M.R.I. Scan Report
<input type="checkbox"/> 其他 Others _____	

*病人/家屬簽署 Signature of *Patient/Relative

受權人簽署 Signature of Authorized Person

日期 Date

日期 Date

註 Note :

1. 此授權書之影印本與正本具同等效力。

A Photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

2. 為保障個人私隱，如未能親自領取檢查報告，請填妥此授權書交回醫院服務處。

To protect your privacy, please complete and return this authorization letter to Patient Service Office if you intend to authorize a third party to collect the report and x-ray film.

3. 受委託者領取文件時，須出示身份證明文件。

Authorized person may be required to show identity document upon collecting the documents and films.

4. 如有疑問，請致電查詢

For queries, please contact: (852) 3971 4406

* 請刪去不適用者及在適當的方格內填上☑號

Please delete as appropriate and ☑ the appropriate box