



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

I

(姓名 Name)

*香港身份證/旅遊證件號碼

*HKID / Travel Document No.

現授權予

authorize

(姓名 name)

*香港身份證/旅遊證件號碼

*HKID / Travel Document No.

聯絡電話

Telephone No.

電郵

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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

FORM/ADM/012/V1/NOV2021