

# 國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

## 民眾接受失智共同照護中心

### 之個案服務資料授權應用及知情同意書（個案/照顧者）

失智照護服務除了失智共同照護中心(下稱共照中心)團隊人員的專業，更需要個案、家屬及照顧者的配合與意願，才能使照護服務發揮到最大的效益。為了順利提供失智照護服務，請您詳讀以下相關事項，若您為受監護宣告之人，應於您的法定代理人（受輔助宣告之人，應本人及其輔助人）閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容，並遵守以下所有規範：

- 一、本中心基於個人資料保護法及相關法令之規定下，將蒐集、處理及利用申請者提供之個人資料。若申請者拒絕提供所需之個人資料或提供不完整時，即難以提供所申請之服務項目。
- 二、依據個人資料保護法第 8 條規定，本中心蒐集、處理及利用申請者之個人資料，目的、資料類別、期間、地區、對象及方式敘明如下：
  - (一) 目的：為提供個案諮詢服務、滿意度調查、或轉介相關之醫療照顧服務及社會福利等相關資源範圍內使用，並依個人資料保護法之特定目的「156 衛生行政、157 調查、統計與研究分析、171 其他中央政府機關暨所屬機關構內部單位管理、公共事務監督、行政協助及相關業務、175 其他地方政府機關暨所屬機關構內部單位管理、公共事務監督、行政協助及相關業務、182 其他諮詢與顧問服務」等蒐集個人資料。
  - (二) 個人資料類別：取得來自 C001 辨識個人者、C003 政府資料中辨識者、C011 個人描述、C021 家庭情形 (婚姻狀況)、C023 家庭其他成員之細節、C024 其他社會關係、C051 學校紀錄、C061 現行之受僱情形(在職職務)、C111 健康紀錄、C120 宗教信仰、C132 未分類之資料之個人資料。
  - (三) 個人資料利用之期間、地區、對象及方式:

- 1、期間：失智照護業務存續期間。
- 2、地區：中華民國境內(包括臺澎金馬地區)。
- 3、對象：中華民國各政府機關(構)、經政府委託或特約之各團體及機構或經本中心轉介之醫療、社會福利及相關非營利組織團體。
- 4、方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式；須利用上述已去識別個人化，無法辨識特定個人之資料進行學術研究。

(四) 依個人資料保護法第 3 條規定，當事人得行使以下之權利：

- 1、查詢或請求閱覽。
- 2、請求製給複製本。
- 3、請求補充或更正。
- 4、請求停止蒐集、處理或利用。
- 5、請求刪除。

三、本同意書一式二份，立同意書人與失智共同照護中心各執一份為憑。

四、其他記載事項：

如欲行使上述第 2 點第 4 款所列之當事人權利，如有任何疑問，可洽 臺大醫院雲林分院 失智共同照護中心，聯絡電話：05-5323911#562506、0972655590。

- 五、您得自由選擇是否提供個人資料或行使個人資料保護法第 3 條所定之權利，但當不提供評估失智照護需要之個人資料時，將因未能知悉提供服務所需之基本資訊，判定資格，而影響您接受服務之權益；然不提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益運用進行分析之個人資料時，並不影響您申請或使用服務資格。
- 六、您所提供之個人資料，衛生福利部、服務提供之共照中心及管理共照中心之直轄市及縣（市）政府將依據個人資料保護法相關規定盡資料保護之責。

本人已詳閱且瞭解上述所有事項，並**同意**提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益以個人資料利用之方式運用進行學術研究。

本人已詳閱且瞭解上述所有事項，惟**不同意**提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益以個人資料利用之方式運用進行學術研究。

個案簽章：

家屬簽章：（與個案之關係：）

專業人員簽章：

填寫日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

（如個案無法簽章，則由代理人/輔助人完成填寫下方資訊）

代理人/輔助人簽章：（與個案之關係：）

代理人/輔助人身分證字號：

電話：

代理人/輔助人住(居)所：

代理人/輔助人出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日