

「同意透露資訊」撤銷聲明

病患姓氏 ,	中間名首字母	名字
案號		
機構	單位	

說明： 請向病患本人提供本同意書影本！另備一 (1) 份影本留作病患之案件記錄。

在獲得病患同意之情況下揭露其相關資訊

獲得揭露資訊之授權的人員姓名或職稱或公司名稱 資訊接獲者：	
揭露資訊的人名或職稱或公司名稱 資訊提供者：	
原資訊授權日期	

本人 (簽名人) 茲撤銷向上述指明之個人/公司揭露資訊的授權。唯與已遭起訴之法律案件相關的資訊不在此限。

本人瞭解，一般情況下此計畫不得以我是否簽署同意書來作為是否治療我的交換條件，但在某些情況下，我必須簽署/或撤銷同意書才能接受治療。本人亦明白，如本人向某個需要此同意書作為開釋、緩刑、假釋之交換條件的法律機構撤銷用於透露資訊的同意書，可能會遭到懲處。本人茲以下列簽名，確認已接獲此同意書之影本。

(病患簽名)

(病患/監護人 (必要時) 簽名)

(病患正楷書寫姓名)

(病患/監護人正楷書寫姓名)

(日期)

(日期)