輔英科技大學附設醫院
教學醫療行為錄音錄影同意書

本院為區域教學醫院，除了醫療服務外，尚具有培訓年輕醫師的任務。因為您的病情資料極富教育性及代表性，在不影響您的醫療過程及權利下，希望您能同意作為我們臨床教學的示範病例。
為彌補文字在病情記錄上的限制，醫師會適當的使用攝影、錄音及錄影方法來記錄病人身體外觀病灶，並建立完整醫療記錄；且所有攝影、錄音及錄影資料必定做適當處理以保護您的隱私，只用於醫學相關的教學與討論，絕不對外公開。

本人已充分被告知上述情形，並了解本人隨時可撤回同意書與要求貴院不再使用所拍攝之內容。所以，本人同意無償授權輔英科技大學附設醫院將本次攝錄之相關照片、影像、聲音等，用於教學討論等用途。

此　　致
輔英科技大學附設醫院
立同意書人簽章：

或 法定(意定)代理人簽章：　　(關係:_____)

身份證統一編號：□□□□□□□□□□

中　華　民　國　　年　　月　　日

請將同意書交給主治醫師，我們有專人處理及保管，不會移做其他用途，敬請放心
輔英科技大學附設醫院感謝您的參與及配合！

104.02.04 教學部修訂