**臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院 人體試驗暨研究倫理委員會**

**病例報告(Case Report)同意書**

本人 (病人及/或其法定代理人)同意 醫師以個案報告方式，使用我在門諾醫院接受醫療期間的病歷資料（包括病史、各種檢驗檢查數據及影像資料），以醫學論文方式做公開發表或投稿之用，以供醫學界參考。

醫師己就以下事項向我說明，且我已充分了解：

1.我明白此文章作者與出版雜誌社對於我的個人資料將會盡力保密，這篇個案報告中將不會出現我的姓名及其他如身分證字號、出生年月日、住址等得以辨識出個人身分的特定資料，然而，認識我的人仍有可能從此篇文章內容中知道我是報告中的病人。

2.我能夠在論文發表前隨時撤回我的同意，但一旦該論文交付出版(印刷)，則不能撤回此同意。

同意人簽章： 日期：西元 年 月 日

法定代理人簽章： 日期：西元 年 月 日

同意權人簽章： 日期：西元 年 月 日

與同意人關係： 代簽原因：

醫師簽章： 日期：西元 年 月 日

說明：

1. 受訪者若為無行為能力人（未滿七歲之未成年人或禁治產人），由法定代理人代為簽署；若為限制行為能力人（滿七歲以上之未成年人），應得其法定代理人之同意。
2. 受訪者雖非無行為能力或限制行為能力者，但因無意識或精神錯亂無法自行為之時，由有同意權之人為之，如配偶及同居之親屬。如您不是受訪者或其法定代理人，但因事實需要，本同意書由您代簽，請註明代簽原因。