



### 同意参加视像会诊

#### 1. 目的

此表格是向您取得同意使医生可与您进行视像会诊，目的是协助诊断和药物治疗。

#### 2. 风险

基于您的特定医疗状况，或技术问题，视像会诊的一个潜在风险是预约后仍然可能需要进行面对面的咨询。此外，在极少数的情况下，安全协议可能会失败，从而导致侵犯病人隐私。

#### 3. 医疗讯息和记录

关于病人所有的医疗记录和医疗记录副本的法律都适用于视像会诊咨询。

#### 4. 视像会诊的性质

为作诊断之用，在视像会诊中会以音频、视频或其他电子通信方式与您进行互动，咨询您的医疗保健提供者和/或查看您过往的医疗信息。在视像会诊期间，您的病史和个人健康的详细信息可能会通过视频、音频和电信技术与其他健康专业人员进行讨论。

#### 5. 保密

已采取合理和适当的措施藉以消除视像会诊相关的保密风险，所有现有的保密保护措施均适用于视像会诊期间所披露的信息。

#### 6. 权利

您可以在咨询之前和/或咨询期间终止视像会诊。此举不会影响您未来获得护理或治疗的权利。

我已阅读并同意视像会诊。