



## 同意參加視像會診

- 1. 目的**

此表格是向您取得同意使醫生可與您進行視像會診，目的是協助診斷和藥物治療。
- 2. 風險**

基於您的特定醫療狀況，或技術問題，視像會診的一個潛在風險是預約後仍然可能需要進行面對面的諮詢。此外，在極少數的情況下，安全協議可能會失敗，從而導致侵犯病人隱私。
- 3. 醫療訊息和記錄**

關於病人所有的醫療記錄和醫療記錄副本的法律都適用於視像會診諮詢。
- 4. 視像會診的性質**

為作診斷之用，在視像會診中會以音頻、視頻或其他電子通信方式與您進行互動，諮詢您的醫療保健提供者和/或查看您過往的醫療信息。在視像會診期間，您的病史和個人健康的詳細信息可能會通過視頻、音頻和電信技術與其他健康專業人員進行討論。
- 5. 保密**

已採取合理和適當的措施藉以消除視像會診相關的保密風險，所有現有的保密保護措施均適用於視像會診期間所披露的信息。
- 6. 權利**

您可以在諮詢之前和/或諮詢期間終止視像會診。此舉不會影響您未來獲得護理或治療的權利。

我已閱讀並同意視像會診。