

衛生護理服務使用者個人資料登記表

申請類別	<input type="checkbox"/> 首次登記 <input type="checkbox"/> 補領金卡 <input type="checkbox"/> 更新資料 <input type="checkbox"/> 其他_____	(列印系統使用者名稱、金卡編號及二維條碼)	
身分證資料	姓(中文)	名(中文)	
	姓(外文)	名(外文)	
	其他(初生嬰兒、災難傷者或未核實姓名資料)		
	證件類別	號碼	
	簽發日期	有效日期	簽發地
	出生日期	出生地	
	性別	婚姻狀況*	
	國籍*	人種*	
	照片(僅就診當刻顯示)		
父母、監護人或保佐人 (未成年人必須提供)	父親姓名	電話*	
	母親姓名	電話*	
	法定監護人/保佐人姓名	電話	
聯絡電話	接收短訊號碼	短訊語言 中文 / 葡文 / 英文	
	其他電話	其他電話 2	
	地址	電郵*	
緊急聯絡人*	姓名/與病人關係	電話	
	姓名/與病人關係	電話	
醫療福利卡	類別	號碼	
	簽發機構	有效日期	
其他*	職業	教育程度	
本人知悉背頁「收集個人資料聲明」內容，同意提供個人資料 (出示正本及提供副本或讀取身分證晶片有關上表之身分證資料)。 <input type="checkbox"/> 服務使用者本人(身分證) <input type="checkbox"/> 父母/監護人(雙方身分證+親屬關係或法定監護人證明) <input type="checkbox"/> 代辦人(雙方身分證+授權書) 申請人簽署及日期_____ <p style="text-align: center;">(按身分證式樣簽署)</p>		衛生局工作人員填寫 <input type="checkbox"/> 完成(首次/遺失/更新/其他) <input type="checkbox"/> 請於 10 天內補交以下資料 <input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 初生嬰兒出生簡報及父母身分證 <input type="checkbox"/> 法定監護人證明 <input type="checkbox"/> 其他_____ 員工編號及簽署_____	

* 申請人可選擇填寫有關欄位

衛生護理服務使用者個人資料登記表

收集個人資料聲明

1. 本局依據現行法律規定及第 8/2005 號法律《個人資料保護法》的擬定收集及處理服務使用者的資料，包括首次登記所提供的個人身份資料及日後接受服務過程中所需提供及產生的健康資料。

類別	內容	收集用途
身分認別	使用者本人或未成年者之父/母或監護人之身份資料，包括：證件類別、號碼、有效日期、簽發地點及日期、姓名、性別、年齡/出生日期、出生地、相片、國籍*、人種*。	核實使用者身分及未成年人監護權等
聯絡及常用語言	聯絡地址、電話、電郵*、及常用語言等	聯絡與通訊
家庭狀況	父母資料*、婚姻狀況及配偶資料*	家庭及遺傳學參考
職業及學歷	職業種類及名稱、學歷*。	醫學參考
健康資料	敏感資料、與健康和性生活有關的個人資料（包括遺傳資料）	醫學參考
其他	醫療福利或協議機構醫療卡、自願提供或為完成服務項目目的而須收集資料等*。	醫療福利等參考

2. 所收集的資料會用作核實使用者身分、服務提供、統計及建立醫療檔案用途，以確保醫療服務的安全性和有效性。
3. 如醫療服務所必需，資料有可能轉交本澳或外地相關的醫療機構。
4. 使用者或其法定代表有權依法申請查閱、更正或更新其存於本局的個人資料；本局有權將所提供資料向簽發實體核實。
5. 如提供不實或虛假聲明，將影響所提供的醫療服務，使用者須承擔因此而引起的醫療風險外，同時必須承擔相關法律責任。
6. 服務使用者有責任及時提供和更新個人資料，並應小心保管此登記聯根，日後資料如有更新，請帶同有關證明文件到所屬衛生中心或仁伯爵綜合醫院掛號處辦理。

身分證影印