

## 全民健保保險對象參與「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」 同意書

- 一、 我已瞭解參加健保署的「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」能夠幫助我把關用藥安全，協助確認藥物是否發揮預期療效，我亦瞭解藥師執行此計畫，將教導我正確的用藥知識及注意事項，並可適時協助與我的醫師溝通用藥問題。
- 二、 我同意在符合本計畫目的下，提供就醫資料(包括雲端藥歷資料、健保署提供之相關就醫資料、數據及用藥資訊等)；並同意藥師得依個人資料保護法及相關法規之規定，於執行本計畫的範圍內蒐集、處理，以及於中華民國藥師公會全國聯合會「藥事照護管理系統」紀錄上述資料。
- 三、 我已知悉針對計畫之任何問題，可詢問提供照護服務之藥師，亦可致電中華民國藥師公會全國聯合會詢問(電話：02-2595-3856)。
- 四、 我同意參與本計畫提供之藥事照護服務，並確認：

本人未參加其他藥事照護相關計畫；

本人未接受其它單位(如食品藥物管理署、護理及健康照護司等)提供之藥事照護。

此致 ○○○○藥局 ○○○藥師

立同意書人：

姓名：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

出生年月日：\_\_\_\_\_

立同意書人簽名：\_\_\_\_\_

(親簽或手印)

中 華 民 國                      年                      月                      日