

(請用英文填表)

## 表格一：申請與授權

此授權書適用於一切與 the Second Opinion 有關的醫療記錄、資料和資訊。

我要求一個關於我癌症診斷的 Second Opinion(第二建議)。在此文件簽名之後，我將授權 thesecondopinion 分享使用我有關醫療記錄，以便讓他們能給我的醫生向我提供會診服務。我也授權 thesecondopinion 和與 thesecondopinion 有合作關係的醫生和專家享用有關資料。

我明白 thesecondopinion 的相關工作人員會看到我以前的治療記錄，但這些員工只會把我的記錄分發給那些向我提供第二個建議的醫生和專家。我所有的資料都將會保密。此授權書同樣也適用於任何在我與專家小組會面那一天帶來的更新資料與資訊。

我也授權 thesecondopinion 向我和我的醫生提供一份"第二意見"的跟進信件。而且我也將會在專家小組會面的那一天指定我的醫生。

我明白 thesecondopinion 不收服務費，但作為非營利性組織，thesecondopinion 同樣接受可以用來抵扣稅款的募捐。

我明白我可以在任何時間以書面形式取消此授權書。

此授權會在下面顯示的日期一年之後、或在我決定取消授權時作廢 (以較早的日期為準)。

病人的簽名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_

(請用英文填表)

## 新病人醫療表格 — 表格二

名字: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_

電子郵件: \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_  
住址電話 手提電話

地址: \_\_\_\_\_

縣: \_\_\_\_\_

連絡人 (如果不是病人本人) \_\_\_\_\_

連絡人電話號碼和郵寄地址 \_\_\_\_\_

癌症類型: \_\_\_\_\_

你是什麼時候被診斷為患有癌症? \_\_\_\_\_

你之前有沒有收到過 Second Opinion (第二建議)? \_\_\_\_\_ 若有, 何時, 何處? \_\_\_\_\_

你有沒有打算爭取別的意見? \_\_\_\_\_ 若有, 何時, 何處? \_\_\_\_\_

我會需要口譯服務。 什麼語言? \_\_\_\_\_

你如何知道我們的?

你為什麼想要第二意見?

請簡短地告訴我們你至今的癌症診斷和治療情況, 這會說明我們決定專家小組評估時需要什麼記錄。

(請用英文填寫這個表格)  
**病人健康資料發佈表格**

我特此授權：

醫院名稱, 醫生, 實驗室或部門

門號和街道名稱

城市

州份

郵政編碼

發佈給：

Howard B. Kleckner, MD  
Medical Director  
thesecondopinion  
1200 Gough Street – Suite 500  
San Francisco, CA 94109

病人的紀錄和資料：

病人姓名

醫療號碼

出生日期

地址

電話號碼

用途： CANCER CONSULTATIVE PANEL (癌症諮詢小組)

期限： 我明白，這個授權是立即生效，有效期為一年。

撤銷的權利： 我明白，我可以以書面形式在任何時候撤銷該授權。

重用： 我明白，沒有我的授權，我的健康資料將不會用作其他用途，除非有關資料跟據法律情況而需要/允許使用。

**將會被發佈的紀錄：**

關於癌症診斷的醫療紀錄，包括實驗室的資料

報告、諮詢、手術報告和病人摘要

醫療影像檢查、X光片和報告，電腦斷層掃描、磁共振成像和報告，乳房X光檢查、超聲波檢查和報告

病理切片和報告

核子醫學掃描和報告

病人簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

表格四：醫生和醫療資料

(請用英文填寫這個表格)

日期: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_  
住址電話 手提電話

電子郵件: \_\_\_\_\_

癌症類型: \_\_\_\_\_

你有沒有收到事先的第二意見 (2<sup>nd</sup> Opinion)? \_\_\_\_\_

如果有, 地點和時間是甚麼? \_\_\_\_\_

你打算獲得其他的意見嗎? \_\_\_\_\_

如果有, 地點和時間是甚麼? \_\_\_\_\_

我需要翻譯服務

那一種語言? \_\_\_\_\_

盡你的知識, 請列出所有曾參與你的護理的醫生和醫療設施。如果可以, 請寫地址和電話號碼。

腫瘤科醫生: \_\_\_\_\_, MD

設施/醫院: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_

電話號碼/傳真: \_\_\_\_\_  
護理日期: \_\_\_\_\_

外科醫生: \_\_\_\_\_, MD

設施/醫院: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_

電話號碼/傳真: \_\_\_\_\_  
護理日期: \_\_\_\_\_

放射腫瘤科醫生: \_\_\_\_\_, MD

設施/醫院: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_

電話號碼/傳真: \_\_\_\_\_  
護理日期: \_\_\_\_\_

其他專科醫生: \_\_\_\_\_, MD

設施/醫院: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_

電話號碼/傳真: \_\_\_\_\_  
護理日期: \_\_\_\_\_

醫院/設施: 醫療紀錄部門: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_

放射科: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_

病理科: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_

其他部門: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_

(請用英文填表)

## 表格五：統計調查問卷

名稱:(英文縮寫) \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_

癌症類型: \_\_\_\_\_

您是如何得知我們的服務? \_\_\_\_\_

---

**以下的資料僅用於不記名的集體數據統計，以提供潛在的資助機構作參考。  
你的名字將不會被記錄於數據中。**

族群身分：你認為你是那一個族群？（例如非洲裔，亞裔等）

---

你是否：（請圈所有適用的選擇）

受僱          退休          失業          殘疾          其他

你是否：（請圈所有適用的選擇）

單身          已婚          喪偶          離婚

年度家庭總收入：（請圈其一個選擇）

\$50,000 或 以下          \$51,000 - \$79,000          80,000-100,000          \$101,000 或 以上

以下那項保障你的醫療保健（請圈所有適用的選擇）：

- 醫療保險（如 Aetna, Kaiser, Healthy SF, Health Net 等）
- 醫療保險和聯邦醫療保險 (Medicare)
- 只有聯邦醫療保險 (Medicare)
- Medi-Cal
- 無保險
- 其他 \_\_\_\_\_

雖然我們的免費服務是不會向您的保險收費，但我們想知道 2<sup>nd</sup> Opinion 的成本是否在你的醫療保險或醫療保健計劃的涵蓋範圍之外。

是                      部分與共同支付                      否                      我不知道