

美敦力

結構性心臟和主動脈
松山區敦化路一段 2 號 2 樓
臺灣臺北市 105 號



Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系統

SAFE-N 計畫

患者照護者授權書

對於 SAFE-N 計畫：患者與醫師支持計畫

請填寫和簽署表格，並提交給 Syntactx/NAMSA（以下簡稱為“Syntactx”）。如在填寫此驗證表格時有任何疑問，請透過 Syntactx 聯繫美敦力，撥打臺灣 SAFE-N 專線：80 149 1551 或以電子郵件寄至：SAFE-N-Reimburse@syntactx.com。

患者全名：_____

患者地址：_____

城市：_____ 郵遞區號：_____

照護者授權聲明

本人，_____，是上述已植入 Valiant Navion™ 胸腔覆膜支架系統的患者，並有資格參加 SFAE-N 計畫（“本計畫”）。我證明我已經選擇並特此授權，_____，我的_____，（“照護者”）代表我與本計畫發起者及管理者聯繫。為了本授權書之目的，照護者可以是一名家庭成員或者我已授權協助我執行本計畫的非家庭成員。

為了參與本計畫，我授權我的照護者向 Syntactx 揭露我的患者記錄（可能包括我的全名、地址、出生日期、電子郵件地址、醫療診斷和帳單記錄）和其他可能受《個人資料保護法》（“PDPA”）約束和保護的個人健康資訊。

我理解，我可以隨時以書面形式撤銷此授權。任何撤銷必須以書面形式提交給 Syntactx。我理解，任何撤銷只會影響未來的揭露，而不會影響在 Syntactx 收到我的書面撤銷之前所做的任何資訊揭露。

我理解，我的治療、付款、參與、獲取資格或接受 Syntactx 的支持並不取決於本人是否簽署本授權書。我理解，作為本授權書的一部分所揭露的任何資訊可能會被進一步揭露，並且可能不再受到臺灣隱私法（包括 PDPA）的保護。

我理解，本計畫是自願的，並不意味著參與本計畫的個人會承認任何類型的責任或棄權。

本人證明，本文件中包含或提供的陳述和資訊真實、準確、完整。透過簽署本授權書，本人確認已閱讀並接受上述所有內容，並且本人已得到了此簽署授權書的副本。

患者簽名：_____ 日期：_____

患者照護者資訊

患者照護者全名：_____

患者照護者電子郵件地址：_____

患者照護者地址：_____

城市：_____ 郵編：_____

其他限制可能適用。償款需經審查和核准。SAFE-N 計畫僅限於其明示的條款，不構成美敦力對影像、再植入和/或使用的胸腔覆膜支架系統的陳述、判斷、承認或責任承擔。美敦力在自願性產品召回方面採取的任何行動，包括本 SAFE-N 計畫，都不應被解釋為承認對患者、醫師、醫療專業人員或任何協力廠商的任何過錯或責任。美敦力於此並未聲明任何有關償款對患者參與稅收優惠計畫資格的潛在影響；必要時請諮詢稅務顧問。保留所有權利。