

退出表——成人、家长/监护人或责任人

成人、家长/监护人（代表儿童或未成年人）或责任人（代表不能或没有能力为自己提供同意书的人）声明

我签署此表格是为了退出 MedicineInsight 计划。我签署此表格即表示接受以下内容：

- 我已阅读《参与说明》，或者已经有人用我能够理解的语言将其读给我听。《参与说明》的翻译版本也可以在以下网址找到：<https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- 我有机会询问有关 MedicineInsight 的问题。诊所已经向我解释了该计划，我的疑问也得到了解答。
- 我了解诊所将停止向 MedicineInsight 分享我的信息或经代理人签署此退出表的人员的信息，并且我认识到在填写本退出表之前收集的信息可能无法撤回。
- 我了解退出 MedicineInsight 的决定不会影响我或由代理人作出此决定的人现在或将来获得的医疗保健。

如果您希望退出 MedicineInsight 计划，请勾选此框：

我希望退出 MedicineInsight 计划

如果您代表其他人填写此表格，请勾选此框：

我代表儿童/未成年人或无法或没有能力为自己提供同意书的人填写此表格。

患者姓名	
家长/监护人或负责人姓名 *如果您代表自己签署本表格， 请将此处留空。	
地址	
年龄（岁）	

签名：_____ 日期：_____

请将填写的表格交还给您的全科医生或诊所前台。

*由工作人员填写

我已将该患者从 MedicineInsight 数据收集工具中删除

我已采取措施确保 MedicineInsight 工具不会收集该患者病历中的信息

工作人员姓名	
--------	--

签名：_____ 日期：_____