

## 退出表——成人、父母/監護人或責任人

成人、父母/監護人（代表兒童或未成年人）或責任人（代表不能或沒有能力為自己表達同意的人）聲明我簽署此表格是為了退出 MedicineInsight 計畫。我簽署此表格即表示接受以下內容：

- 我已閱讀相關資訊表單，或者已經有人用我能夠理解的語言將其讀給我聽。資訊表單的翻譯版本也可以在以下網址找到：<https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- 我有機會詢問有關 MedicineInsight 的問題。診所已經向我解釋了該計畫，我的疑問也得到了解答。
- 我了解診所將停止向 MedicineInsight 分享我的資訊，或與簽署此退出表的人員相關的資訊，並且我明白在填寫本退出表之前收集的資訊可能無法撤回。
- 我了解退出 MedicineInsight 的決定不會影響我或我代表的人現在或將來獲得的醫療保健。

如果您希望退出 MedicineInsight 計畫，請勾選此框：

我希望退出 MedicineInsight 計畫

如果您代表其他人填寫此表格，請勾選此框：

我代表兒童/未成年人，或無法或沒有能力為自己表達同意的人填寫此表格。

患者姓名	
父母/監護人或負責人姓名 <i>*如果您代表自己簽署本表格，請將此處留白。</i>	
地址	
年齡（按年）	

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

請將填妥的表格交還給您的全科醫生或診所前臺。

### \*由診所填寫

我已將該患者從 MedicineInsight 資料收集工具中刪除

我已採取措施確保 MedicineInsight 工具不會收集該患者病歷中的資訊

行動負責人姓名	
---------	--

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_