KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest • Kaiser Foundation Hospitals

患者：		
暱稱 / 婚前姓名 / 其他：		
醫療記錄號碼：		
出生日期（月月／日日／年年年年）：	電話號碼：	
地址：		門牌號碼：
城市：	州：	郵遞區號 + 4：

撤銷使用或披露受保護健康資訊的授權或同意書

醫療資訊發佈部

本人撤銷之前對使用或披露我受保護健康資訊 (PHI) 的授權或同意書，如下所述。

勾選1個方框，並填寫適用的空白欄位。

☐ 我撤銷之前簽署的**所有**授權或同意書。

☐ 我撤銷我於下列日期所簽署的授權或同意書：_____

披露資訊接受方：_____

本人瞭解，我的書面撤銷將在收到後生效，但如果請求人或其他人已根據我在此撤銷之前提供的授權或同意書採取了行動，則該撤銷無效。

本人瞭解，當法律賦予承保者根據本人的保單或保單本身對索賠提出異議的權利時，撤銷將不適用於本授權書所明示之已披露資訊，也不適用於本人的保險公司。

儘管有此項撤銷，Kaiser Permanente仍會依法律規定繼續向第三方披露PHI，其中可能包括向此項撤銷中指定的個人或實體披露。

✗ _____ _____

患者或個人法定代表簽名　　日期

_____

患者/獲授權人士的電話號碼

如由患者的個人法定代表簽名，請填寫以下內容：

個人法定代表全名（請以正楷填寫）：_____

與患者的關係：_____　　電話號碼：_____

請附上證明您有權代表患者行事的證明文件。

請透過以下方式之一提交此表格。 請保留一份副本作為記錄。

- **電子郵件：** nw.roi.revocations@kp.org
- **郵政郵寄：** Kaiser Permanente Northwest
  Attn.: Release of Information Department
  500 NE Multnomah St., Suite 100
  Portland, OR 97232-2099

如有任何疑問，請致電資訊披露部門，電話號碼503-571-5051。

分發：請發送電子郵件至nw.roi.revocations@kp.org

©2025 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232