



☐ 香港特別行政區簽證身份書證件號碼（以「D」開首）：

LD \_ \_ \_ \_ \_

簽發日期：\_ \_ \_ DD / \_ \_ \_ MM / \_ \_ \_ YY

☐ 香港居留期許可證（ID 235B）出生登記編號：

\_ \_ \_ \_ \_ ( \_ \_ )

獲准逗留至：\_ \_ \_ DD / \_ \_ \_ MM / \_ \_ \_ YY

☐ 非香港旅遊證件號碼（例：外地簽發的護照）

請註明類別：\_\_\_\_\_

香港入境處\*簽證／參考編號：\_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ ( \_ \_ )

☐ 生死登記處發出被領養兒童的領養證明書記項編號：

\_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_

## 第二部分【疫苗接種同意】

### 同意接種疫苗

本人已閱讀及完全理解此同意書中疫苗接種者的義務和責任包括承諾及聲明及收集個人資料的目的，及同意疫苗接種者接種以下疫苗：

☐ 季節性流感疫苗（滅活流感疫苗）

*（9歲以下從未接種過流感疫苗的兒童，在完成第一劑後至少4星期，可安排接種第二劑疫苗。）*

以下適用於9歲以下及從未接種季節性流感疫苗的人士：

☐ 季節性流感疫苗（第一劑）（滅活流感疫苗）

☐ 季節性流感疫苗（第二劑）（滅活流感疫苗）

## 第三部分【登記醫健通同意】

**（18歲以下的疫苗接種者，不同意登記醫健通仍可以繼續接種疫苗）**

填寫此部分前，請掃描二維碼以參閱醫健通「參與者須知」及「收集個人資料聲明」：

參與者須知：



收集個人資料聲明：



如你有任何關於醫健通登記及其他事項查詢，請聯絡電子健康紀錄申請及諮詢中心（電話：3467 6300）。你亦可了解更多有關醫健通的詳情，請瀏覽網站 [www.ehealth.gov.hk](http://www.ehealth.gov.hk)。

同意登記醫健通（適用於 16 歲以下的疫苗接種者／16 至 18 歲但無能力自行給予同意的疫苗接種者）  
 （由父母／監護人簽署）

☐ 本人已閱讀及明白醫健通的「參與者須知」及「收集個人資料聲明」，及同意代表疫苗接種者登記參加醫健通，讓私家醫生取覽及互通疫苗接種者於醫健通的紀錄作醫護用途。若經核證後發現疫苗接種者並未登記醫健通，本人同意政府／私家醫生使用本同意書之資料，或提供疫苗接種者的進一步資料，為疫苗接種者登記醫健通。

不同意登記醫健通（適用於 16 歲以下的疫苗接種者／16 至 18 歲但無能力自行給予同意的疫苗接種者）  
 （由父母／監護人簽署）

☐ 本人已閱讀及明白醫健通的「參與者須知」及「收集個人資料聲明」，及不同意疫苗接種者登記參加醫健通。

同意登記醫健通（適用於 16 至 18 歲具備行為能力的合資格疫苗接種者）（由疫苗接種者簽署）

☐ 本人已閱讀及明白醫健通的「參與者須知」及「收集個人資料聲明」，及同意登記參加醫健通，讓私家醫生取覽及互通本人於醫健通的紀錄作醫護用途。若經核證後發現本人並未登記醫健通，本人同意政府／私家醫生使用本同意書之資料，或提供本人的進一步資料登記醫健通。

不同意登記醫健通（適用於 16 至 18 歲具備行為能力的合資格疫苗接種者）（由疫苗接種者簽署）

☐ 本人已閱讀及明白醫健通的「參與者須知」及「收集個人資料聲明」，及不同意登記參加醫健通。

英文姓氏：	英文名字：	手提電話號碼：  (號碼以 4/5/6/7/8/9 開頭)
簽署@：  (@如不會讀寫，請印上指模)		簽署日期：

### 【父母／監護人簽署確認】

*父母／監護人 英文姓氏：	*父母／監護人 英文名字：	*父母／監護人 手提電話號碼：  (號碼以 4/5/6/7/8/9 開頭)
*父母／監護人 香港身份證號碼：	如非香港身份證持有人，請填寫其他身份證明文件資料	
	證明文件類別：	證件號碼：
*父母／監護人簽署@：  (@如不會讀寫，請印上指模)		*父母／監護人簽署日期：

@如\*疫苗接種者／父母／監護人不會讀寫，見證人須填寫以下資料：

本人見證此同意書已在\*疫苗接種者／父母／監護人面前朗讀及解釋。

見證人簽署：

見證人姓名：

見證人的香港居民身份證號碼：

只須填寫英文字母及首3個數字

LL\_ LL\_LL\_LX\_LX\_LX ( L\_X )

簽署日期：

聯絡電話號碼：

### 承諾及聲明

1. 本人特此聲明，本人在此同意書中所提供的一切資料，全屬真確。本人特此聲明，本人向政府提供的資訊在提供時在各方面都是最新的、真實的、準確的和完整的。
2. 本人同意把此同意書中本人／本人子女／受監護者的個人資料及有關是次疫苗接種的任何資料供政府用於「收集個人資料目的」所述的用途。本人特此同意私家醫生將上述個人資料及有關是次疫苗接種的任何資料轉交及發放予政府、其代理人或其他獲政府授權的人士。本人備悉政府或會與我聯絡，以核實有關資料及本人／本人子女／受監護者使用政府資助以接種疫苗事宜。
3. 適用於香港特別行政區智能身份證持有者：本人同意授權私家醫生讀取儲存在本人／本人子女／受監護者香港特別行政區智能身份證晶片內的個人資料（只限香港身份證號碼，中英文姓名，出生日期和香港身份證簽發日期），以供政府於「收集個人資料目的」所述的用途。
4. 此同意書受香港特別行政區法律管限，並須按照香港特別行政區法律解釋；本人及政府須不可撤銷地接受香港特別行政區法院的專屬司法管轄權管轄。
5. 本人已仔細閱讀此同意書及完全理解此同意書中本人的義務和責任。

## 收集個人資料目的聲明

### 收集個人資料目的

1. 所提供的個人資料，會供政府作下列一項或多項用途：
  - (a) 登記醫健通或醫健通（資助）系統（視情況而定）戶口、資助付款，以及執行、監察、審計和評估院舍防疫注射計劃，包括但不限於透過電子方式與政府保存的資料進行核實程序、處理資助支付、向疫苗接種者提供必要的醫療服務，以及調查事件和投訴；
  - (b) 加強或促進實施政府計劃以推廣基層醫療，包括但不限於由政府或其代理人直接接觸以參與醫護活動及教育；
  - (c) 作統計、監察計劃、評估和研究用途；
  - (d) 接收由政府提供的疫苗接種資訊；以及
  - (e) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 就是次會診作出的疫苗接種記錄，可給公營及私營醫護人員取得，作為決定及提供服務使用者所需要的醫療服務的用途。
3. 政府可向其他政府決策局／部門透露／索取你／你的子女／受監護者的個人資料及記錄，以核實你為衛生署疫苗資助計劃下的合資格人士。
4. 提供個人資料乃屬自願性質。然而，如果你不提供充分的資料，可能無法獲得受資助疫苗接種。

### 可獲轉交資料的機構／人士類別

5. 為施行上文第 1 條所述目的，有關的個人資料將轉交並供直接參與院舍防疫注射計劃的衛生範疇獲授權或專業人士使用，包括但不限於：
  - (a) 私家醫生及其授權人士以診所管理員身份以登入和使用資訊科技平台；
  - (b) 基層醫療署及其委任的營運者；
  - (c) 香港醫務委員會、香港牙醫管理委員會、香港護士管理局、香港助產士管理局、輔助醫療業管理局及轄下 5 個委員會（即醫務化驗師管理委員會、職業治療師管理委員會、物理治療師管理委員會、放射技師管理委員會及視光師管理委員會）、脊醫管理局、人類生殖科技管理局、人體器官移植委員會、藥劑業及毒藥管理局及輻射管理局及其代理人；
  - (d) 醫院管理局及其代理人；以及
  - (e) 政府的代理人。

### 查閱個人資料

6. 根據《個人資料（私隱）條例》（香港法例第 486 章）第 18 及 22 條，以及附表 1 第 6 保障資料原則，你有權要求查閱及更正你的個人資料，而政府有權就處理任何查閱及／或更正資料的要求收取合理費用。

### 查詢

7. 有關個人資料的查詢，如查閱或修改個人資料，請聯絡：

行政主任（政府防疫注射計劃）2

地址：九龍紅磡德豐街 18-22 號海濱廣場二座 3 樓

電話號碼：2125 2125