

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： <small>（號碼以 4/5/6/7/8/9 開頭）</small>
簽署@： <small>（@如不會讀寫，請印上指模）</small>	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： <small>（號碼以 4/5/6/7/8/9 開頭）</small>
*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@：	*父母／監護人簽署日期：	
<small>（@如不會讀寫，請印上指模）</small>		

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