

**SUMMIT DIGESTIVE & LIVER DISEASE SPECIALISTS**

Receipt of Notice of Privacy Practices

**頂峯肝膽腸胃專科醫院**

個人隱私權保護收訖確認書

(Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices)

Name : \_\_\_\_\_ Sex : \_\_\_\_ M F

MR# : \_\_\_\_\_ AOE/Date Of Birth : \_\_\_\_\_

Account# : \_\_\_\_\_

(Patient Plate Imprint)

我 \_\_\_\_\_ 瞭解「頂峯肝膽腸胃專科醫院」根據法律規定對我的醫療資訊採取隱私權保護，並向我提供了其「隱私權保護通知」(Notice of Privacy Practices)。

我承認我已收到「頂峯肝膽腸胃專科醫院隱私權保護通知 (The Summit Digestive & Liver Disease Specialists Notice of Privacy Practices)」。

病患姓名 (名字、中間名、姓) : \_\_\_\_\_

病患簽字/父/母/法定監護人 : \_\_\_\_\_

與病患關係 : \_\_\_\_\_ 日期 : \_\_\_\_\_

以下由診所工作人員填寫

Patient MR# : \_\_\_\_\_ Patient Account# : \_\_\_\_\_

Patient Date of Birth : \_\_\_\_\_

如果使用郵寄的方式遞交此表，請寄至：

**SUMMIT DIGESTIVE & LIVER DISEASE SPECIALISTS**

1 South 280 Summit Ave., Suite A-1, Oak Brook Terrace, IL 60181

Telephone: (630) 889-9889 · Fax: (630) 889-8977