

病患授權和同意書

病患姓名：_____

請閱讀以下資訊。若您同意，請在以下適當欄位簽名且註明日期。本文件是一份法律文件，因此，必須由病患或病患的法定代理人授權同意。病患應簽署自己的姓名。若病患無法親自簽名，而由病患的法定代理人代表簽署本文件，則法定代理人應簽署自己的姓名，並附上病患代理人證明書，例如授權書或其他法律文件。

I、授權分享本人健康資料

簽署本授權書後，本人即授權本人的醫療照護提供者、本人的健康保險公司、和本人的配藥提供者（「醫療照護單位」）向 US WorldMeds 和 US WorldMeds 的合作公司（可能稱為 Circle of Care™）（總稱為「US WorldMeds」）公開我的聯絡資料、有關我的醫療病況的健康資料（用於提供支持治療所需、也可能包括用於確認任何可能存在的藥物交互作用之評估和過敏）、以及保險承保資料，供 US WorldMeds 用於 (1) 提供給我的支援服務（可能稱為 Circle of Care™）和有關任何 US WorldMeds 產品的資料和材料，包括但不僅限於以面對面、線上或電話方式提供之教育支持，財務協助服務，藥物遵守度服務，(2) 進行資料分析、市場研究和其他內部商業活動，包括但不僅限於評估所提供的服務，以及 (3) 基於行銷、教育或其他目的，向本人提供有關 US WorldMeds 產品、服務、和計畫、以及其他重要議題的資料。在將本人的健康資料揭露給 US WorldMeds 後，本人了解聯邦隱私法將不再保護該資料，且 US WorldMeds 可能會進一步公開該資料。然而，US WorldMeds 同意將此資料之使用和揭露侷限於本病患授權和同意書所述之目的，或依據法律或法規的要求，以保護本人的健康資料。

我了解，我的配藥提供者可能會由 US WorldMeds 處收取報酬，以換取此藥局可能向我提供的任何服務之資訊。

本人了解，本人可拒絕簽署本授權書，本人也了解，本人的治療（包括使用 US WorldMeds 的產品）、治療費用、保險納入或保險福利資格均不會因為本人簽署本授權書而受影響。然而，若本人不簽署此授權書，或者於隨後予以撤銷，本人將無法接受 US WorldMeds 提供的任何支援服務，包括名為 Circle of Care™ 的服務。

本人可隨時透過郵寄信函到下列地址的方式以取消本授權書：Circle of Care/US WorldMeds, c/o CareMetx, 6931 Arlington Road, Suite 308, Bethesda, MD 20814. 取消本授權書後，本人將不再同意本人的醫療照護單位在獲知本人取消此授權書後向 US WorldMeds 進一步揭露本人的健康資料，但這不會影響其在本人取消之前，依據本授權書所公開之資料。取消本授權將不會影響本人接受治療的資格、治療支付、或本人的健康保險資格。

本授權書自本人簽署日期（即本人簽名旁邊的日期）起有效至 2028 年 12 月 31 日為止，或依據相關法律規定的較短時限內過期，除非依據上述方式另外提前取消。

本人已閱讀、理解、且同意上述第 I 節—授權分享本人健康資料的條款。

簽名處

病患或法定代理人簽名

日期

II、同意與病患服務和行銷/其他溝通進行聯絡

病患服務：本人授權 US WorldMeds 和 US WorldMeds 的合作公司（可能稱為 Circle of Care™）（總稱「US WorldMeds」）向本人提供任何有關 US WorldMeds 產品的支持服務，包括但不僅限於：以面對面、線上或電話方式提供之教育支持、財務協助服務、藥物遵守度服務，以及有關此類服務的任何資料或材料。本人授權 US WorldMeds 及 US WorldMeds 的合作公司以郵件、電子郵件、傳真、電話、簡訊（包括以自動電話撥號系統或預錄語音進行之電話連絡和簡訊）和其他雙方同意之方式與我聯絡，以提供此類服務和資料。本人也授權 US WorldMeds 及 US WorldMeds 的合作公司將本人的健康資料使用於與上述服務相關之目的，包括且不限於與本人的醫療照護提供者、保險提供者或藥局分享此類資料。本人也授權向本人指定的人士揭露本人的健康資料。

行銷/其他溝通：本人進一步授權 US WorldMeds 及 US WorldMeds 的合作公司（可能稱為 Circle of Care™）（總稱為「US WorldMeds」）基於行銷目的以郵件、電子郵件、傳真、電話、和簡訊方式與本人聯絡，或向本人提供有關 US WorldMeds 產品、服務和計畫或其他重要議題的資料，進行市場研究，或向本人詢問關於本人對於該議題的經驗或想法。本人了解且同意，US WorldMeds 可能會使用本人提供的任何資料協助發展新產品、服務、和計畫。請注意，未經本人明確同意，US WorldMeds 不會基於行銷目的將本人的個人資料銷售或轉送給任何不相關之第三方。本人了解，本人可郵寄信函至本病患授權和同意書以上第 I 節所述之地址，以撤銷本同意書，且選擇不接受 US WorldMeds 提供之服務或資料。

本人已閱讀、了解、且同意以上第 II 節—同意與病患服務和行銷/其他溝通進行聯絡的條款。

簽名處

病患或法定代理人簽名

日期

電子郵件 _____

(選擇性)：此外，本人授權向下列指定人士揭露本人的健康資料：

註明處

指定人士（正楷姓名）

關係

電子郵件 _____

USWM-AP500-0717

請將本頁傳真至：1-888-525-2431。

請將下頁「病患授權和同意書以及重要安全性資訊」提供給病患。

本文件是一份法律文件，因此，必須由病患或病患的法定代理人進行同意。病患應簽署自己的姓名。若病患無法親自簽名，而由病患的法定代理人代表簽署本文件，則法定代理人應簽署自己的姓名，並附上病患代理人證明書，例如授權書或其他法律文件。

I、授權分享本人健康資料

簽署本授權書後，本人即授權本人的醫療照護提供者、本人的健康保險公司、和本人的配藥提供者（「醫療照護單位」）向 US WorldMeds 和 US WorldMeds 的合作公司（可能稱為 Circle of Care™）（總稱為「US WorldMeds」）公開我的聯絡資料、有關我的醫療病況的健康資料（用於提供支持治療所需、也可能包括用於確認任何可能存在的藥物交互作用評估和過敏）、以及保險承保資料，供 US WorldMeds 用於 (1) 提供給我的支援服務（可能稱為 Circle of Care™）和有關任何 US WorldMeds 產品的資料和材料，包括但不僅限於以面對面、線上或電話方式提供之教育支持，財務協助服務，藥物遵守度服務，(2) 進行資料分析、市場研究和其他內部商業活動，包括但不僅限於評估所提供的服務，以及 (3) 基於行銷、教育或其他目的，向本人提供有關 US WorldMeds 產品、服務、和計畫、以及其他重要議題的資料。在將本人的健康資料揭露給 US WorldMeds 後，本人了解聯邦隱私法將不再保護該資料，且 US WorldMeds 可能會進一步公開該資料。然而，US WorldMeds 同意將此資料之使用和揭露局限於本病患授權和同意書所述之目的，或依據法律或法規的要求，以保護我的健康資料。

我了解，我的配藥提供者可能會由 US WorldMeds 處收取報酬，以換取此藥局可能向我提供的任何服務之資訊。

本人了解，本人可拒絕簽署本授權書，本人也了解，本人的治療（包括使用 US WorldMeds 的產品）、治療費用、保險納入或保險福利資格均不會因為我同意簽署本授權書而受影響。然而，若本人不簽署此授權書，或者於隨後予以撤銷，本人將無法接受 US WorldMeds 提供的任何支援服務，包括名為 Circle of Care™ 的服務。

本人可隨時透過郵寄信函到下列地址的方式以取消本授權書：Circle of Care/US WorldMeds, c/o CareMetx, 6931 Arlington Road, Suite 308, Bethesda, MD 20814. 取消本授權書後，本人將不再同意本人的醫療照護單位在獲知本人取消此授權書後向 US WorldMeds 進一步揭露本人的健康資料，但這不會影響其在本人取消之前，依據本授權書所公開之資料。取消本授權將不會影響本人接受治療的資格、治療支付、或本人的健康保險資格。

本授權書自本人簽署日期（即本人簽名旁邊的日期）起有效至 2028 年 12 月 31 日為止，或依據相關法律規定的較短時限內過期，除非依據上述方式另外提前取消。

本人已閱讀、理解、且同意上述第 I 節—授權分享本人健康資料的條款。

II、同意與病患服務和行銷/其他溝通進行聯絡

病患服務：本人授權 US WorldMeds 和 US WorldMeds 的合作公司（可能稱為 Circle of Care™）（總稱「US WorldMeds」）向本人提供任何有關 US WorldMeds 產品的支持服務，包括但不僅限於：以面對面、線上或電話方式提供之教育支持、財務協助服務、藥物遵守度服務，以及有關此類服務的任何資料或材料。本人授權 US WorldMeds 及 US WorldMeds 的合作公司以郵件、電子郵件、傳真、電話、簡訊（包括以自動電話撥號系統或預錄語音進行之電話連絡和簡訊）和其他雙方同意之方式與我聯絡，以提供此類服務和資料。本人也授權 US WorldMeds 及 US WorldMeds 的合作公司將本人的健康資料使用於與上述服務相關之目的，包括且不限於與本人的醫療照護提供者、保險提供者或藥局分享此類資料。本人也授權向本人指定的人士揭露本人的健康資料。

行銷/其他溝通：本人進一步授權 US WorldMeds 及 US WorldMeds 的合作公司（可能稱為 Circle of Care™）（總稱為「US WorldMeds」）基於行銷目的以郵件、電子郵件、傳真、電話、和簡訊方式與本人聯絡，或向本人提供有關 US WorldMeds 產品、服務和計畫或其他重要議題的資料，進行市場研究，或向本人詢問關於本人對於該議題的經驗或想法。本人了解且同意，US WorldMeds 可能會使用本人提供的任何資料協助發展新產品、服務、和計畫。請注意，未經本人明確同意，US WorldMeds 不會基於行銷目的將本人的個人資料銷售或轉送給任何不相關之第三方。本人了解，本人可郵寄信函至本病患授權和同意書以上第 I 節所述之地址，以撤銷本同意書，且選擇不接受 US WorldMeds 提供之服務或資料。

本人已閱讀、了解、且同意以上第 II 節—同意與病患服務和行銷/其他溝通進行聯絡的條款。