



Queensland  
Government

**Additional Student Consent  
for Intimate Procedures (Traditional Chinese) -**

Adult (18 years and over)

Facility: .....

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. 患者有行為能力嗎?**

有 → 直接到B部分

沒有 → 填寫A部分

您必須遵守預先健康指示 (AHD)。如果沒有預先健康指示, 則應按照下列順序從替代決策者那裡獲得同意:

第1類. 法庭指定的監護人

第2類. 持久授權書

第3類. 法定健康代理人

替代決策者姓名:

替代決策者類別:

**B. 先前的同意書**

您已經簽署了手術或檢查同意書。這份附加的同意書是請您同意臨床學生觀察/協助和/或進行私密的檢查或手術。這是出於教學的目的。

私密檢查或手術涉及在私密部位進行的檢查或手術, 通常是乳房、生殖器或身體內部的檢查 (陰道或直腸)。病人的文化價值觀和信仰也可能界定什麼是私密的。

**C. 出於專業培訓目的、由學生參與的檢查/手術**

為接受培訓, 臨床學生可以觀察醫學檢查或手術, 也可以在您同意的情况下, 在患者處於麻醉狀態時協助/進行患者的檢查或手術。

我/替代決策者同意正在接受培訓的臨床學生:

- 觀察檢查/手術  同意  不同意
- 協助檢查/手術  同意  不同意
- 進行檢查/手術  同意  不同意

**患者/替代決策者的同意**

患者/替代決策者的姓名:

簽名:

日期:

**D. 醫生/臨床醫師須知**

我已經向患者/替代決策者解釋了這些附加資訊, 並且我認為他們已經理解了該資訊。

醫生/臨床醫師姓名:

職位:

簽名:

日期:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v2.00 [Translated: 2022]  
Clinical content review: 2019  
Clinical check: 10/2020  
Published: 01/2021



SW9489

ADDITIONAL STUDENT CONSENT FOR INTIMATE PROCEDURES