



香港牙科醫學院

考生及病人 / 病童家長或監護人之聲明

每份個案日誌都必須提交一份簽署聲明。

香港牙科醫學院將根據香港個人資料（私隱）條例處理病人資料。

考生簽署：

本人證明個案日誌內所敘述的病例，乃本人親自診治之病人。

個案編號：_____

考生姓名：_____

考生簽署：_____ 日期：_____

病人 / 病童家長或監護人簽署：

本人明白 本人 / 本人子女* 之個人資料，如性別、年齡，以及牙科療程的文件，將作考試之用，並同意此等資料提交給香港牙科醫學院。本人明白考官有可能評核 本人 / 本人子女* 之牙科治療個案，然而，除了上述用途外，此等資料均不會披露予任何人作任何用途。貴學院如有必要查詢有關 本人 / 本人子女* 病例的資料，本人同意貴學院可直接與本人聯絡，以確保內容保密。

病人 / 病童姓名：_____

病童家長或監護人姓名：_____

病人 / 病童家長或監護人簽署：_____

日期：_____

本學院將妥善保管病人的資料，直至考試完畢及公佈成績後，將一概銷毀此等資料。