



好甘心診所

無法定代理人陪同未成年人就醫暨藥物治療委託書

貴家長（或法定代理人）您好：

1. 據民法第12條及第13條，可知7歲以下的未成年人不能做醫療決定，而7歲以上未滿18歲的未成年人尚未具有完全行為能力，須法定代理人協助做醫療決定。另據心理師法第19條第2項，心理師執行業務時應取得個案當事人或其法定代理人之同意，及告知其應有之權益。

2. 首次前來好甘心診所尋求協助之未成年人，應由法定代理人陪同，並經專業人員完成初次評估，以及必要的知情同意。若法定代理人因故無法陪同未成年人至好甘心診所完成初次評估，可由已成年之受委託人陪同未成年人尋求協助。

☐ 本人（由法定代理人勾選）已知上述事項，且因故無法陪同未成年人至好甘心診所，本人委託已成年之親屬或關係人陪同未成年人，至好甘心診所尋求協助。

受委託人：_____（簽名），與未成年人之關係：_____，身分證字號（供出示證件時核對）：_____，聯絡電話：_____。

3. 考量年紀較大的未成年人具有部分行為能力。若未成年人（1）就讀國中以上，（2）可自行至好甘心診所，（3）已在好甘心診所完成初次評估，（4）且經完成初次評估的專業人員同意：

本人（法定代理人）已知上述事項，且在滿足上述條件的情況下同意未成年人（勾選同意的項目）：☐ 可自行至好甘心診所尋求協助，☐ 經醫師評估可接受藥物治療，☐ 可自行支付醫療、課程，或相關行政費用，☐ 經專業人員評估可開立醫療或課程證明，☐ 若欠款則依照診所欠款流程處理（未成年人需簽名以證明當天確有出席，該簽名不會用在其他用途）。

以下欄位為必填

尋求協助之未成年人姓名：_____

身分證字號：_____，聯絡電話：_____

未成年人之法定代理人：_____（簽名），與未成年人之關係：_____

身分證字號：_____，聯絡電話：_____

填寫日期：_____年_____月_____日

備註：若受委託人陪同未成年人至好甘心診所尋求協助，須出示本知情同意書及身分證明文件。