

刑事審判披露資訊
同意書

病患/被告姓氏 ，	中間名首字母	名字
身份證號碼	案號	
機構	單位	

說明：另備一 (1) 份影本留作病患之案件記錄

本人，下述簽名患者/被告，在此同意與此設施員工和下列司法審判機構/人員進行聯繫： _____

此揭露之目的與此揭露之需求，是將我的出勤情況、進展與對評估之態度和治療通知上述具名司法審判機構/人員 _____

要揭露的資訊範圍由本人判斷，我出席/缺席療程之相關資訊，我對治療計畫的配合程度，我的預測及 _____

本人了解本人參與治療是在下列情形 (勾選所有適用項)：

- 我被釋放 執行我被判決的刑期
 處理針對我所提起的刑法訴訟 暫緩執行我被判決的刑期
 其他訴訟 (請註明)： _____

本人了解除非另有註明，否則此同意書仍具效力，且在正式和有效終止或撤銷我的釋放及/或假釋、緩刑、有條件釋放處置或其他行動 (我被強制接受治療) 之前，不得撤銷。

同意期間 (如有不同) _____

撤銷同意之條件 (如有不同) _____

本人也了解任何揭露內容均需遵循「美國聯邦法規彙編」第 14 類 (管理酒精及毒品濫用記錄之保密) 之規範，且接收此資訊者僅可在與其官方職務相關聯時，方可重新揭露資訊內容。

(病患/被告簽名)

(病患/監護人 (必要時) 簽名)

(病患/被告正楷書寫姓名)

(病患/監護人正楷書寫姓名)

(日期)

(日期)