

## 高雄市政府衛生局醫療機構疑涉偷拍事件被害人通報及告訴意向表

本表係供民眾向高雄市政府衛生局反映於醫療機構接受診療、美容療程、諮詢或相關處置過程中，疑似遭未經同意錄攝影像、侵害隱私或其他權益受損情形使用。本表蒐集之資料，將供高雄市政府、高雄市政府衛生局及依法受理之司法警察機關、檢察機關，作為後續案件調查、聯繫、確認被害範圍、告訴意向確認、刑事偵辦及其他依法處理之用途。

### 一、基本資料

- (一)姓名：\_\_\_\_\_
- (二)身分證字號：\_\_\_\_\_
- (三)出生年月日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- (四)聯絡電話：\_\_\_\_\_
- (五)電子郵件：\_\_\_\_\_
- (六)通訊地址：\_\_\_\_\_
- (七)是否願意由衛生局後續聯繫： 是  否
- (八)較方便聯繫方式： 電話  簡訊  電子郵件  其他：\_\_\_\_\_

### 二、就診及事件資訊

- (一)曾前往之醫療機構（可複選）：  
 光澤診所  愛爾麗診所  其他：\_\_\_\_\_
- (二)就診／療程／諮詢日期（可填寫大概期間）：  
 115年3月23日至5月6日期間  其他期間：\_\_\_\_\_
- (三)院所分店／地點（如知道）：\_\_\_\_\_
- (四)接受之療程或處置（可複選）：  
 雷射  體雕  幹細胞  外泌體  肉毒桿菌  微整形  
 醫學美容諮詢  手術相關處置  更衣／卸妝／術前準備  
 其他：\_\_\_\_\_
- (五)本人認為可能遭錄攝之情形（可複選）：  
 診間內有疑似隱藏式攝影設備  發現異常鏡頭／偵煙器／設備  
 曾遭拍攝身體隱私部位  曾遭拍攝裸露畫面  曾遭拍攝療程過程  
 經新聞報導或他人通知後懷疑受害  其他：\_\_\_\_\_
- (六)是否曾向院方反映： 是  否
- (七)如有，院方回應內容：\_\_\_\_\_

### 三、是否願意接受司法警察或檢察機關聯繫

- 願意接受檢警後續聯繫、詢問及協助調查。  
願意於必要時提供：（可複選） 就診資料  收據／發票  
 對話紀錄  照片  監視器相關資訊  其他資料：\_\_\_\_\_
- 不願接受後續聯繫。

### 四、告訴意向確認

本人因懷疑於接受醫療、美容療程、諮詢或相關處置過程中，遭未經同意錄攝影像、侵害隱私或其他不法行為，現向高雄市政府衛生局提出反映。

本人表示：

- 如經檢警機關查證確認本人確屬受害人，對於相關涉嫌妨害秘密、妨害性隱私、個人資料保護法或其他犯罪行為之行為人，本人具有提出刑事告訴之意思。
- 本人願意由高雄市政府衛生局將本表及相關資料轉交司法警察機關、檢察機關依法處理。

本人目前尚未決定是否提出刑事告訴，但願意先行提供資料供案件調查參考。

本人不同意將本表資料提供檢警機關。

#### 五、現場提供資料情形

本人願意於現場提供下列資料予高雄市政府衛生局查驗、影印或留存，以利確認身分、比對就醫紀錄、確認被害範圍及協助後續案件調查（可複選）：

- 身分證  健保卡  就醫收據／發票  預約紀錄  診療明細  
 病歷資料  療程契約  匯款或刷卡紀錄  LINE／簡訊／電子郵件對話紀錄  現場照片或錄影  其他足以證明曾前往相關診所接受療程、諮詢或處置之資料：\_\_\_\_\_

本人同意高雄市政府衛生局於本案調查、確認受影響範圍及依法協助司法警察機關、檢察機關偵辦之必要範圍內，影印、留存或使用前述資料。

同意  不同意

#### 六、補充說明

\_\_\_\_\_

#### 七、身心狀況與協助需求

本事件是否已對本人造成情緒、精神或心理困擾：

無

有（可複選）

焦慮  失眠  恐懼  情緒低落  不敢再就醫

擔心影像外流  其他：\_\_\_\_\_

本人目前是否需要相關協助：

暫不需要  希望獲得心理諮詢資源資訊

希望由衛生局後續協助聯繫相關資源  其他需求：\_\_\_\_\_

#### 八、個人資料使用同意與簽名

本人已知悉本表所填資料，將供高雄市政府、高雄市政府衛生局及依法受理之司法警察機關、檢察機關，作為案件調查、確認受害範圍、聯繫通知、刑事偵辦、消費爭議處理及其他依法行政用途使用。本人確認以上填寫內容，係依本人所知據實填載。

填表人簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名（未成年者）：\_\_\_\_\_

填表日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

---

#### 衛生局收件欄（民眾勿填）

收件編號：\_\_\_\_\_

收件日期：\_\_\_\_\_

承辦單位：\_\_\_\_\_

是否轉請警察機關處理： 是  否

備註：\_\_\_\_\_