

《安老院舍外展專業服務》

治療服務轉介表

致：健康院舍服務 - 安老院舍外展專業服務

(電話：2873 1113 傳真：2873 1821 電郵：nte.moste@bokss.org.hk)

已收院舍同意書/同意書

日期：\_\_\_\_\_

轉介人姓名：\_\_\_\_\_

轉介人簽署：\_\_\_\_\_

與服務使用者關係：\_\_\_\_\_

聯絡電話 / 傳真：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

院舍名稱：\_\_\_\_\_

院舍印章

A. 服務使用者資料：

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_男 / 女\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

房 / 床號：\_\_\_\_\_ 身份證號碼：\_\_\_\_\_ ( ) 綜援申請者：是 / 否 / 申請中

B. 院友現時健康狀況(根據最近 30 日內的觀察)：○-單選； □-可選多項；\*-請圈出適用者

物理治療方面

體能狀況 臥床 自行坐立 扶行 自行步行 最近於 \_\_\_\_\_ 日內跌倒 \_\_\_\_\_ 次

現時： ○ ○ ○ ○ 肢體疼痛 (部位：\_\_\_\_\_)

過往：(如適用)○ ○ ○ ○ 助行器具建議 / 申請

其他轉介原因：\_\_\_\_\_

職業治療方面

認知能力下降：\*判斷力 / 記憶力 / 定向力 / 專注力 / 生活流程改善

自理能力轉弱：\*梳洗 / 自行餵食 / 穿衣 / 如廁 / 轉移 / 輪椅訓練

復康器材使用指導：\*輪椅 / 座椅 / 便椅 / 減壓用品 / 生活輔助工具

其他轉介原因：\_\_\_\_\_

言語治療方面

現時主要經口進食，進食餐類：\_\_\_\_\_，飲水時\*需要 / 不需要 使用凝固粉

現時主要以鼻胃管餵飼

\*吞嚥方面有以下困難：會噎喉或咳嗽 / 進食時間變長 / 食物質地需改變 / 進食或飲水後聲線有變

\*理解日常指令有困難 / 以說話表達有困難

其他轉介原因：\_\_\_\_\_

(由本處職員填寫) 本處將提供以下服務：

服務需要備註：\_\_\_\_\_

物理治療

職業治療

言語治療

未符合申請資格，故未能提供服務

職員姓名及簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

院舍編號：\_\_\_\_\_

個案編號：\_\_\_\_\_

轉介來源：H / T / HA / DH / VMP / SE / O

## 《安老院舍外展專業服務》

### 同意書

致：健康院舍服務 - 安老院舍外展專業服務 (電話：2873 1113 / 傳真：2873 1821)

服務使用者：\_\_\_\_\_

院舍名稱：\_\_\_\_\_

#### (一)服務同意書 (請☑選其中一項)

- 本人 \_\_\_\_\_ (服務使用者姓名)
- 家屬 \_\_\_\_\_ (家屬姓名)；與服務使用者關係\_\_\_\_\_
- 院方代表 \_\_\_\_\_ (院方代表姓名)

接受由浸信會愛羣社會服務處(下稱"服務處")向上述服務使用者提供安老院舍外展專業服務，並同意接受及遵守以下各項服務要點。

- 安老院舍外展專業服務包括物理治療、職業治療、言語治療及社工聯繫活動服務，最後提供之服務將以服務處之評估作最終決定。
- 明白及同意為保障其他服務使用者及服務提供者之健康，當服務使用者懷疑患上傳染性疾病時，本人/本人家屬願意暫停接受安老院舍外展專業服務直至該傳染性疾病痊癒為止。
- 如本人/服務使用者不再符合服務資格(身故、退出院舍、院舍已結業或遷出本服務範圍)，本服務處會安排服務使用者退出服務。(退出服務機制之詳情可以向職員查詢)

#### (二)接受拍攝、錄音及錄像同意書 (\*請在合適處✓)

- 不同意在參加安老院舍外展專業服務時的拍攝/錄音/錄像安排，而照片/錄音/錄像可供服務處及相關團體作活動介紹、宣傳、推廣及報告之用。

#### (三)個人資料收集聲明

- 授權服務處將服務使用者之個人資料，包括但不限姓名、電話號碼、病歷、藥物紀錄等作服務用途，服務處可將資料提供予工作上有需要知道該等資料的職員/服務提供方使用，並就服務需要把資料作轉移及披露予政府部門、醫生、保險公司及由法律授權須向其披露資料的有關人士或機構。
- 提供個人資料純屬自願性質，本人明白需確保資料的準確性，如因資料失實而引致服務延誤、服務處無法處理本人的申請或導致意外傷亡，所有責任一概由本人承擔。
- 除《個人資料(私隱)條例》特定的豁免範圍外，服務使用者、家屬或院方代表有權申請查閱及/或更改服務處所存有關服務使用者的個人資料，本人明白如需查閱及/或更改個人資料，均需以書面提出。

#### (請簽署以下其中一項)

服務使用者姓名：\_\_\_\_\_ 服務使用者簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

家屬姓名：\_\_\_\_\_ 家屬簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

院方代表姓名：\_\_\_\_\_ 院方代表簽署及蓋章：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*此同意書傳真件同屬有效

院舍印章