

《安老院舍外展專業服務》

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)

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： _____

A. 服務使用者資料：

姓名： _____ 性別： 男 / 女 房 / 床號： _____
 出生日期： _____ 年齡： _____ 身份證號碼 (英文字母+頭 3 位數字)： _____ XXX(X)

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

物理治療方面

- 肢體疼痛 (部位： _____)
 最近於 _____ 日內跌倒 _____ 次
 肢體肌力轉弱 / 身體活動範圍減少 (部位： _____)

職業治療方面

- 認知能力下降，判斷和記憶力衰退
 部分活動能力轉弱 * 去廁所 / 步行 / 自行餵食 / 床過椅等轉移 / 其他 _____

言語治療方面

- 現時主要以鼻胃管餵飼
 * 吞嚥前 / 吞嚥時 / 吞嚥後 有咳嗽
 * 飲 / 食 / 吞嚥方面有困難: _____
 * 理解日常指令有困難 / 以說話表達有困難
 其他轉介原因： _____

C. 現正接受的治療：(請註明提供服務的機構/公司名稱)	D. 所需要本處之服務 (可選多項)
<input type="checkbox"/> 物理治療 (醫院 / 其他： _____) <input type="checkbox"/> 職業治療 (醫院 / 其他： _____) <input type="checkbox"/> 言語治療 (醫院 / 其他： _____)	<input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職業治療 <input type="checkbox"/> 言語治療 <input type="checkbox"/> 社工諮詢服務

(由本處職員填寫) 本處將提供以下服務：

- 物理治療 職業治療
 言語治療 社工諮詢服務

院舍編號： _____
個案編號： _____
New / Old
轉介來源： <u>H / T / HA / DH / VMP / SE / O</u>

個案經理姓名及簽署： _____ 日期： _____

《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

- 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。

(二)接受拍攝、錄音及錄像同意書 (*請刪去不適用者)

- * **同意 / 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，本人有權申請查閱及/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