

致：負責同工(傳真號碼：3186 2253 或 電郵：kemoste@skhwc.org.hk)

香港聖公會安老院舍外展專業服務試驗計劃 (九龍東)
服務轉介表《合約及自負盈虧院舍適用》

1. 院舍名稱： _____ (下稱“院舍”)
2. 院友姓名(中文)： _____ 3. 院友身份證號碼： _____ ()
4. 性別： 男 / 女 5. 出生日期： _____ 6. 床號： _____
7. 院舍聯絡人姓名： _____ 8. 聯絡電話： _____ 9. 傳真： _____
10. 轉介人姓名： _____ 11. 聯絡電話： _____ 12. 傳真： _____
13. 院友診斷： _____
14. 轉介來源(請☑)：
#請圈出所屬單位
- 院舍職員 院友 院友家屬
- 安老院舍外展專業服務同工(MOSTE)
- 醫管局(HA) #: (CGAT / PGT / CNS / PT / OT / ST / MSW / 其他： _____)
- 長者健康外展隊伍(DH)
- 院舍外展醫生到診服務(VMPS)
- 到訪醫生(VMO) 其他(請註明)： _____
15. 現接受服務(請☑)：
 CGAT 之到院治療或購買復康器材服務 日間醫院服務(GDH) 臨終照顧服務
16. 言語治療服務轉介：
例如：吞嚥訓練、口肌訓練、言語訓練、餐膳安排諮詢、教授家人/照顧者正確餵食技巧。
17. 備註： _____

18. 院友/家屬聲明

- ◆本人**同意/同意本人之** _____ (親屬關係) _____ (院友姓名)* 接受由香港聖公會福利協會有限公司(下稱“福利協會”)提供之安老院舍外展專業服務。
 - ◆本人授權院舍將 **本人/本人** _____ (親屬關係) _____ (院友姓名)* (下稱“院友”)之個人資料，包括但不限於姓名、電話號碼、病歷、用藥記錄等，向工作上有需要知道該等資料的下列人仕轉移及披露：1) 福利協會轄下相關部門及單位之員工；2) 獲福利協會委任的保險公司、醫生及/或其他服務提供者；3) 其他參與照顧院友的專業醫護人仕〔包括但不限於醫管局及院舍外展醫生到診服務(VMPS)醫生〕；及4)獲授權或有法定權力收取有關資料的政府部門或機構等。
 - ◆本人明白提供個人資料予福利協會純為自願。本人亦明白需確保所提供之資料為真確。遇有任何資料上之更改，本人須儘快通知福利協會作有關更新。如因所提供的資料失實而引致服務延誤或意外傷亡，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/或改正福利協會所存有關本人的個人資料，本人明白如需「查閱個人資料」或「索取個人資料的複印本」，均須提交申請表及繳付費用。
- (*請刪去不適用者，如屬精神上無行為能力的長者，請院友親屬/監護人代為簽署，並在「親屬關係」欄填寫院友與親屬之關係如：丈夫/妻子/母親/父親/兄弟/姊妹/監護人等)

院友/家屬姓名： _____ 院友/家屬簽署： _____ 日期： _____

院舍/機構蓋章： _____

表格編號：F/MOSTE/004/GEN

第 1 頁，共 2 頁

發行人：香港聖公會安老院舍外展專業服務試驗計劃

發行日期：14-5-2019

版次：3

致：_____ (院舍名稱) 傳真號碼/電郵地址：_____

香港聖公會安老院舍外展專業服務試驗計劃 (九龍東)

回覆《福利協會職員專用》

1. 本會已於____年____月____日安排個案經理_____ (姓名) 到 貴院跟進
_____ (院友姓名) 轉介事宜。

2. 經本會言語治療師進行評估後，簡覆申請結果如下(請)：

2.1 本會未能為申請人提供言語治療服務，原因：_____

2.2 本會將為申請人提供言語治療服務，簡述如下：

2.2.1 院友狀況：_____

2.2.2 跟進計劃如下(請)：

I)服務內容：言語發音訓練 語言溝通訓練 吞嚥訓練 口肌訓練 唾液/口腔衛生管理
進食觀察/指導 照顧者餵食技巧訓練/諮詢 餐膳安排諮詢
其他：_____

II)服務安排：提供每週/月____節言語治療服務，並在____節後再評估服務需要。

2.2.3 備註：_____

個案經理姓名及簽署：_____

日期：_____

督導員姓名及簽署：_____

日期：_____