

醫療券使用者使用醫療券同意書

(2020年10月27日起生效)

致:[已登記醫療服務提供者姓名]_____
香港特別行政區政府(下稱“政府”)衛生署署長

醫療券使用者資料: * 刪去不適用者

中文姓名: _____

英文姓名: _____
*香港身份證號碼/*豁免登記證明書編號: _____

交易記錄:

(如交易被取消,請服務提供者用紅筆於該行紀錄劃上橫直線,並且於該行紀錄的「交易號碼」欄旁填上「取消交易編號」)

*****本人同意就(已登記醫療服務提供者姓名)_____所提供的醫療服務使用港幣_____元醫療券,並就「醫療券使用記錄」所載的診症服務,額外支付港幣_____元費用。
(交易號碼:_____)

(有關人員姓名)_____已向本人讀出和解釋「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件及其附錄的內容。本人明白其解釋的內容,並謹此給予有關文件所述的同意。

本人*同意/不同意 授權上文第一段所述的已登記服務提供者取得本人智能身份證晶片所儲存的個人資料(只限香港身份證號碼,中英文姓名,出生日期和香港身份證簽發日期),以供政府作「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件的附錄「收集個人資料的目的」所述的用途。

醫療券使用者簽署(如不會讀寫,請印上指模):_____

日期:_____

如醫療券使用者精神上有行為能力但不會讀寫,才須填寫此欄

本人見證本同意書和「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件及其附錄已在本人面前向醫療券使用者讀出和解釋。

本人亦已閱讀「見證人/監護人同意轉交個人資料」文件,並謹此給予當中所述的同意。

見證人簽署:_____ 姓名(英文):_____ 香港身份證號碼:_____ 日期:_____

#如醫療券使用者是精神上無行為能力人士,才須填寫此欄

本人確認以監護人的身分代表醫療券使用者給予同意和簽署。

本人亦已閱讀「見證人/監護人同意轉交個人資料」文件,並謹此給予當中所述的同意。

監護人簽署:_____ 姓名(英文):_____ 香港身份證號碼:_____ 日期:_____

本人同意就(已登記醫療服務提供者姓名)_____所提供的醫療服務使用港幣_____元醫療券,並就「醫療券使用記錄」所載的診症服務,額外支付港幣_____元費用。

(交易號碼:_____)

(有關人員姓名)_____已向本人讀出和解釋「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件及其附錄的內容。本人明白其解釋的內容,並謹此給予有關文件所述的同意。

本人*同意/不同意 授權上文第一段所述的已登記服務提供者取得本人智能身份證晶片所儲存的個人資料(只限香港身份證號碼,中英文姓名,出生日期和香港身份證簽發日期),以供政府作「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件的附錄「收集個人資料的目的」所述的用途。

醫療券使用者簽署(如不會讀寫,請印上指模):_____

日期:_____

如醫療券使用者精神上有行為能力但不會讀寫,才須填寫此欄

本人見證本同意書和「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件及其附錄已在本人面前向醫療券使用者讀出和解釋。

本人亦已閱讀「見證人/監護人同意轉交個人資料」文件,並謹此給予當中所述的同意。

見證人簽署:_____ 姓名(英文):_____ 香港身份證號碼:_____ 日期:_____

#如醫療券使用者是精神上無行為能力人士,才須填寫此欄

本人確認以監護人的身分代表醫療券使用者給予同意和簽署。

本人亦已閱讀「見證人/監護人同意轉交個人資料」文件,並謹此給予當中所述的同意。

監護人簽署:_____ 姓名(英文):_____ 香港身份證號碼:_____ 日期:_____

本人同意就(已登記醫療服務提供者姓名)_____所提供的醫療服務使用港幣_____元醫療券,並就「醫療券使用記錄」所載的診症服務,額外支付港幣_____元費用。

(交易號碼:_____)

(有關人員姓名)_____已向本人讀出和解釋「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件及其附錄的內容。本人明白其解釋的內容,並謹此給予有關文件所述的同意。

本人*同意/不同意 授權上文第一段所述的已登記服務提供者取得本人智能身份證晶片所儲存的個人資料(只限香港身份證號碼,中英文姓名,出生日期和香港身份證簽發日期),以供政府作「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件的附錄「收集個人資料的目的」所述的用途。

醫療券使用者簽署(如不會讀寫,請印上指模):_____

日期:_____

如醫療券使用者精神上有行為能力但不會讀寫,才須填寫此欄

本人見證本同意書和「醫療券使用者同意轉交個人資料」文件及其附錄已在本人面前向醫療券使用者讀出和解釋。

本人亦已閱讀「見證人/監護人同意轉交個人資料」文件,並謹此給予當中所述的同意。

見證人簽署:_____ 姓名(英文):_____ 香港身份證號碼:_____ 日期:_____

#如醫療券使用者是精神上無行為能力人士,才須填寫此欄

本人確認以監護人的身分代表醫療券使用者給予同意和簽署。

本人亦已閱讀「見證人/監護人同意轉交個人資料」文件,並謹此給予當中所述的同意。

監護人簽署:_____ 姓名(英文):_____ 香港身份證號碼:_____ 日期:_____

醫療券使用記錄

致 : _____

(醫療券使用者姓名)

應診的醫療服務提供者 : _____
到診日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
到診前你戶口內可使用的醫療券金額為 : 港幣 _____ 元
該次診症使用的醫療券金額 : 港幣 _____ 元

可供使用的醫療券餘額 : 港幣 _____

(此部份由電腦印發，無須簽署。)

長者醫療券計劃熱線 : 2838 2311

查詢醫療券餘額 : 2838 0511

醫療券使用記錄

致 : _____

(醫療券使用者姓名)

應診的醫療服務提供者 : _____
到診日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
到診前你戶口內可使用的醫療券金額為 : 港幣 _____ 元
該次診症使用的醫療券金額 : 港幣 _____ 元

可供使用的醫療券餘額 : 港幣 _____

(此部份由電腦印發，無須簽署。)

長者醫療券計劃熱線 : 2838 2311

查詢醫療券餘額 : 2838 0511

醫療券使用記錄

致 : _____

(醫療券使用者姓名)

應診的醫療服務提供者 : _____
到診日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
到診前你戶口內可使用的醫療券金額為 : 港幣 _____ 元
該次診症使用的醫療券金額 : 港幣 _____ 元

可供使用的醫療券餘額 : 港幣 _____

(此部份由電腦印發，無須簽署。)

長者醫療券計劃熱線 : 2838 2311

查詢醫療券餘額 : 2838 0511