

## 眼內注射藥物資助計劃 申請表

申請者姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)

年齡：\_\_\_\_\_ 性別：男 / 女

身份證號碼：☒-☐☐☐☐☒☒ ( ☒ ) 聯絡電話：\_\_\_\_\_

這是申請者本人的電話？：☐是 ☐不是

(若不是，聯絡人稱呼：\_\_\_\_\_ 與申請者關係：\_\_\_\_\_)

您現正於哪一間醫院／診所接受治療或檢查？

您被確診哪一種眼疾？

☐ 血管新生型(濕性)老年黃斑病變 ☐ 糖尿黃斑水腫

☐ 增殖性糖尿病視網膜病變 ☐ 視網膜靜脈阻塞 ☐ 脈絡膜新生血管病變

需要接受眼內注射藥物治療之眼睛：☐ 左眼 ☐ 右眼

您從哪裡得知本計劃？

☐ 香港視網膜病變協會 ☐ 醫院(請註明)：\_\_\_\_\_

☐ 香港醫護聯盟 ☐ 網站

☐ 香港醫藥援助會 ☐ 其他：\_\_\_\_\_

您有否開通「醫健通」？：☐ 有 ☐ 否

同意書：(請在方格內✓)

- 本人同意香港醫護聯盟收集及轉移本人的個人資料(姓名、性別、聯絡電話、電郵地址、出生日期及病歷)予已選擇的眼科醫生以作服務跟進。本人同意醫生收集及轉移本人的個人資料予瑞士諾華製藥(香港)有限公司及同意瑞士諾華製藥(香港)有限公司收集有關本人的個人資料作為不良事件用報告及監察之用途，將被收集的個人資料包括病人資料(姓名及性別)，藥物資料及不良副作用。
- 本人已閱讀過關於眼內注射藥物資助計劃的詳情。所提出的所有問題均被解答，並願意參與該優惠計劃。
- 本人並未參與現時醫院管理局就黃斑病及糖尿黃斑水腫的特別資助計劃。

☐ 本人同意以上內容

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_

## 眼內注射藥物 資助計劃

# 查詢：3482 1976

辦公時間：

星期一至五早上九時半至下午五時半，

公眾假期除外

遞交申請表方法如下：

請將申請表，連同以下文件之副本一併遞交以傳真、郵寄或親臨香港醫護聯盟(敬請預約)，以便處理申請。

(請在方格內✓)

☐ 香港永久性居民身份證/長者咭

☐ 醫院管理局覆診紙／醫生轉介信

傳真：3753 1733

香港醫護聯盟辦公室及郵寄地址：

荃灣海盛路11號 One MidTown 19樓1917室