

手術索償申請書 Surgical Claim Form

重要指示：請於適當空格內加「✓」號

Important note: Please put "✓" for the appropriate box

第二部分 PART II (由主診醫生填寫 to be completed by attending Physician)**A. 病人資料 Patient Information**

1. 姓名 Name	2. 身份證 / 護照號碼 ID Card / Passport Number	3. 年歲 Age	4. 性別 Sex
5. 閣下是否病人慣常求診的醫生? Are you the patient's usual physician? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes (如「是」, 醫療記錄可追溯至何時 if "Yes", medical records traceable from) <div>日 DD 月 MM 年 YYYY</div>			

B. 醫療資料 Medical Information

1. 病徵首次出現日期 Symptom Onset Date 日 DD 月 MM 年 YYYY	2. 首次求診日期 First Consultation Date 日 DD 月 MM 年 YYYY	3. 病徵 Symptom(s)
4. a. 診斷日期 Diagnosis Date 日 DD 月 MM 年 YYYY		
b. 診斷 Diagnosis		
c. 病人首次知悉日期 Patient First Being Informed Date 日 DD 月 MM 年 YYYY		
d. 從何處知悉 (請提供醫生 / 醫院名稱) Informed by (please provide name of physician / hospital)		
e. 是次疾病 / 意外之根本原因? 請提供詳情 What was the underlying cause of the disease / accident? Please provide details		
f. 手術日期 Date of Operation 日 DD 月 MM 年 YYYY		
g. 手術名稱 Name of Procedure		
h. 手術性質 Nature of Surgery		
i. 是次手術是否醫療所需? 請提供詳情 Was the surgery necessary? Please provide details		
j. 是否因繼發性或慢性疾病所引致或與以往的主訴 / 診斷有關? 請提供詳情 Was the Medical Operation as result of recurrent episode or a chronic illness or related to previous complaint/diagnosis? Please provide details		
k. 是否與先天性疾病有關? 請提供詳情 Was the disease caused by any congenital related? Please provide details		
l. 是否與愛滋病有關或受人體免疫力缺乏病毒(HIV)感染? 請提供詳情 Was the disease caused by any HIV related or infection by any Human Immunodeficiency Virus (HIV)? Please provide details		



5. 病人曾否患有其他疾病？如有，請提供下例資料。

Has the patient ever suffered or is suffering from any other illnesses? If yes, please provide details below.

a. 求診或住院日期

Consultation date or hospital admission date

日 DD	月 MM	年 YYYY
------	------	--------

b. 診斷

Diagnosis

c. 首次求診日期

Date of the first consultation for this condition

日 DD	月 MM	年 YYYY
------	------	--------

d. 醫生姓名或醫院名稱

Name of physician or hospital

e. 所接受的治療（請提供手術名稱，如有） Treatments given (please state name of surgical procedure if it had been or will be performed)

f. 手術日期 Date of Operation

g. 檢驗或化驗名稱 Diagnostic tool

日 DD	月 MM	年 YYYY
------	------	--------

h. 病理化驗結果 Results of any Histopathological study

6. 病人曾否患有以上列出或相關疾病？如有，請提供下例資料。

Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illnesses? If yes, please provide details below.

a. 求診或住院日期

Consultation date or hospital admission date

日 DD	月 MM	年 YYYY
------	------	--------

b. 診斷

Diagnosis

c. 首次求診日期

Date of the first consultation for this condition

日 DD	月 MM	年 YYYY
------	------	--------

d. 醫生姓名或醫院名稱

Name of physician or hospital

e. 所接受的治療（請提供手術名稱，如有） Treatments given (please state name of surgical procedure if it had been or will be performed)

f. 手術日期 Date of Operation

g. 檢驗或化驗名稱 Diagnostic tool

日 DD	月 MM	年 YYYY
------	------	--------

h. 病理化驗結果 Results of any Histopathological study

7. 請提供病人過往曾患有上述手術之相關病史資料 Please provide past history of the surgery specified above or related disease

日期 Date

醫生 / 醫院 Physician / Hospital

診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address

電話號碼 Telephone Number

日 DD	月 MM	年 YYYY
------	------	--------

日 DD	月 MM	年 YYYY
------	------	--------



PCL0090

8. 請提供病人過往的健康紀錄資料 Please provide information of the past health history of the patient

日期 Date

醫生 / 醫院 Physician / Hospital

診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address

電話號碼 Telephone Number

--	--	--

日 DD 月 MM 年 YYYY

(首次求診 First consultation)

--	--	--

日 DD 月 MM 年 YYYY

--	--	--

日 DD 月 MM 年 YYYY

註：請附上病理學報告、內窺鏡報告、診斷性化驗 / 實驗室測試報告及 / 或手術室撮要副本

Note: Please attach copies of histopathology report, endoscopic report, diagnostic / laboratory tests report and/or operating theatre summary

醫生資料 Physician Information

醫生姓名

Name of Physician

醫生 / 醫院簽署及蓋章

Signature and Official Stamp of Physician / Hospital

醫學及專業資格

Qualification and Specialty

診所 / 醫院之地址

Address of Clinic / Hospital

電話號碼

Telephone Number

日期 (日 / 月 / 年)

Date (DD/MM/YYYY)

