For Admission Use	仁安醫院 UNION HOSPITAL 掛號表格	Please Use ID Label or Block Print			
Dr.		SURNAME			UNIQUE RECORD NO
Room: (class)		GIVEN NAME			CHINESE NAME
Date:		SEX	AGE	WARD	ATTENDING DATE & TIME
Adm @:		ATTN. DOCTOR: CONSULT. DOCTOR:			

I. 個人資料

閣下必須提供正確的個人資料，以便本院能適當地照顧閣下之健康問題。

醫療記錄號碼 URN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (Official Use Only)

** 請盡量以正楷英文填寫* ☐ *請在適當方格填上✔號*

英文姓名* _____ (Surname) _____ (Given Name)

中文姓名 _____ 性別 ☐ 男 / ☐ 女 出生日期 ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (日期 / 月份 / 年份)

國籍 _____ 證件號碼 _____ 中國居民身份證號碼 _____

住址 * _____ (室) _____ (樓) _____ (座/大廈名稱) _____ (屋苑名稱)

_____ (門牌號數及街道名稱) _____ (區域) _____ (地區)

郵寄地址 ☐ 同上 ☐ 其他 _____

電話號碼 (住宅) _____ (手提電話)(香港/澳門/中國/其他地方) _____ (接收短訊電話)

電郵地址 _____ 已知致敏物質 _____

備 註 _____

II. 家屬資料

(請提供最少一位家屬資料)

1 姓名 _____ 關係 _____ 備註 _____

電話號碼 _____ (手提電話)(香港/澳門/中國/其他地方) _____ (接收短訊電話)

2 姓名 _____ 關係 _____ 備註 _____

電話號碼 _____ (手提電話)(香港/澳門/中國/其他地方) _____ (接收短訊電話)

III. 仁安醫院診治須知

☑ 本人已得悉有關醫院的基本收費資料。

☑ 本人已明白並願意遵守病人／兒童病人約章。

☑ 本人明白及同意在治理或留院期間，本人／本人的子女／本人的受監護人提供的資料，以及在仁安醫院的醫療記錄(包括服務使用者要求的診症錄音記錄)乃用作適時的醫療治理及一般醫院行政之用;即為仁安醫院及有關醫護人員又或其他認可之行政或醫護人員作診斷、治療及醫療運作(例如品質保證、臨床評審及研究)所用。本人亦明白仁安醫院與仁安醫院有限公司旗下所有醫療機構的醫療記錄系統是互通的。此外，在因為公共衛生需要下或因法例要求，如提交法院、法庭傳訊、衛生署或在有關法律的要求下，仁安醫院會將上述資料提供予其他有關機構或人仕使用。

☑ 本人明白醫院收集本人的個人資料的其中一個目的是協助醫院向本人追收欠款(如有)，而追收欠款可能牽涉把本人的個人資料轉移至第三者，如醫院的代表律師及／或第三者收數代理。本人同意院方在追收欠款的目的下保留權利向這些第三者提供本人的個人資料。

☑ 本人知悉及明白持續醫療護理的重要，在此授權仁安醫院：如本人／本人的子女／本人的受監護人由仁安醫院轉往其他醫院或醫療機構作醫療治理，仁安醫院可向該醫院或該醫療機構索取本人／本人的子女／本人的受監護人在治療期間的醫療記錄。

☐ 仁安醫院將定期以郵寄、電郵或電子訊息向閣下提供免費的健康資訊、醫療常識、推廣優惠及活動資訊。
如閣下不欲收到此等健康及優惠資訊，請在方格內填上 "✓" 。

☐ 本人不欲接收有關入院或覆診的短訊提示。

通訊語言選擇 ☐ 中文 ☐ 英文

客戶／監護人簽署 _____ 日 期 _____

掛號表格

NUA-043m-21-771c(R23)