



MR/MI _____

Hong Kong Buddhist Hospital
香港佛教醫院

PATIENT INFORMATION APPLICATION FORM

病人資料申請表格

Patient Name: _____ In Chinese: _____
病人姓名 (英文) Surname 姓氏 Forename 名字 中文姓名

Sex: Male Female Age: _____ Date of Birth: _____
性別 男 女 年齡 出生日期

Patient HKID Card / Passport No.: _____ Phone No.: _____
病人身份證號碼 / 護照號碼 聯絡電話

Address: _____
地址

If Applicable 如適用：

(To be completed if the applicant is a person other than the patient 如申請人非病者本人，填寫提供資料)

Applicant Name: _____ In Chinese: _____
申請人姓名 (英文) Surname 姓氏 Forename 名字 中文姓名

Relationship with Patient: _____ Patient Consent: Yes No
申請人與病人之關係 病人授權書 有 沒有

Applicant HKID Card / Passport No.: _____ Phone No.: _____
申請人身份證號碼 / 護照號碼 聯絡電話

Address: _____
地址

I wish to apply for 現向貴院申請:

- Certify True Copy of Documents (Medical Certificate). (HK\$230.00).
有效文件(醫療報告)副本證明。(港幣二百三十元正)。
- Certify Date of Admission/Attendance / Treatment. (HK\$230.00).
住院 / 診症 / 治療日期證明。(港幣二百三十元正)。
- Certify Date and Charges of Admission/Attendance / Treatment. (HK\$230.00).
住院 / 診症 / 治療日期及收費證明。(港幣二百三十元正)。
- Other: _____
其他 _____

Specialty Requested:

索取的專科 _____

Period:

From

To

時段

由 _____

至 _____

Reason / Purpose for Application:

申請原因 / 用途

medical health care purposes

照顧病人健康需要

others (state reason) _____

其他 (請列明理由) _____

Declaration and Signatures 聲明及簽署:

WHERE applicable, the Patient has irrevocably authorized the Applicant to deal with this request and to collect the completed form on behalf of the Patient. The Patient and (where applicable) the Applicant declare that the information given in this form is accurate.

在適用情況下，病人已向申請人發出不可撤銷授權，准許其代表病人處理本申請及領取填妥表格。病人及申請人(如適用者)謹此聲明在本表格內提供的資料準確無訛。

Patient's Signature:

病人簽署 _____

Date 日期: _____

Applicant's Signature (if applicable):

申請人簽署(如適用) _____

Date 日期: _____

Please select collection method 請選擇資料領取方法:

By mail 郵寄

#In person during office hour 自行在辦公時間內到本院索取

#Office Hour 辦公時間:

Monday to Friday 8:45am to 1:00pm, and 2:00pm to 5:30pm 星期一至五早上八時四十五分至下午一時及下午二時至五時三十分

Saturday, Sunday and Public Holiday closed 星期六, 日及公眾假期休息

此欄只供醫院職員填寫 FOR OFFICIAL USE ONLY:

[] * (病人 / 有關人士) 的 * (香港身份證 / 護照號碼) 已經由 _____ [職員姓名] 核對 * (正本 / 副本)。

The * (Patient / Relevant Person)'s * (HKID Card / Passport Number) * has been checked against the * (original / copy)

by _____ [name of staff].