

關愛基金「長者牙科服務資助」項目 (下稱「本項目」)
臨床診治記錄表(2017 年 6 月版本)
(適用於申請日期為 **2017 年 6 月 1 日**或以後的個案)
【本表格由提供牙科服務的牙醫/牙科診所填交】

注意：

1. 請用黑色或藍色原子筆以正楷填寫本臨床診治記錄表。所有資料必須以中文填寫。
2. 請在適當的方格「☐」內填上「✓」號。
3. 如牙醫/牙科診所塗改表格內容(第二、五、六及七部分)，負責牙醫須於經修改位置旁邊簽署及蓋上診所印章。
4. 當牙醫/牙科診所確定接受牙科服務人士已完成整項牙科診療服務療程後，請牙醫/牙科診所於一個月內把本記錄表填妥，並將正本郵寄/送交香港牙醫學會關愛基金長者牙科服務資助項目辦公室(項目辦公室)(地址：香港西營盤醫院道 34 號菲臘牙科醫院 LG1)，以便項目辦公室安排發放有關的登記及診療費。牙醫/牙科診所必須保留本表格的副本作記錄。

第一部分 接受牙科服務人士的個人資料

接受牙科服務人士的
中文姓名：

姓(中文)

名(中文)

香港身份證號碼：

()

聯絡電話號碼：

第二部分 接受牙科服務人士是否適合鑲活動假牙及簽署確認已接受下列的診療項目

1. 首次應診、登記及檢查

應診日期： 年 月 日

接受牙科服務人士

簽署#： (如不會讀寫*，請印上指模)

經檢查後第一部分所載人士是否適合鑲活動假牙(請牙醫/牙科診所於適當的「☐」內填「✓」號)：

- ☐ 適合 (接受牙科服務人士須於本部分第 3 項「鑲活動假牙」簽署確認)
- ☐ 不適合 (須於本表格第五部分接受牙科服務人士的診療記錄中填寫原因。牙醫必須於首次應診當天替長者提供及完成其所需的洗牙、脫牙、補牙或 X 光檢查牙科服務；惟在特殊情況下，即長者正在服用薄血藥而不適宜在首次應診當天進行有關服務，牙醫亦只能為該長者安排額外多一次應診，以便提供項目範圍內的牙科服務，牙醫需就有關特殊情況作申報(請與項目辦公室聯絡索取申報表格及於完成牙科診療服務後填交該表格)。否則，在首次應診當天以外日子所提供的牙科診療服務均不在本項目的資助範圍內。)

接受牙科服務人士於本記錄表內的簽署必須一致。項目辦公室只會根據已有長者簽署的臨床診治記錄表審批費用。

*** 如長者精神上有行為能力但不會讀寫，須填寫此部份見證人資料**

本人見證這份文件已在長者面前朗讀及解釋。

見證人簽署： 見證人姓名：

香港身份證號碼： 日期：

2. 曾接受資助項目下的服務，包括洗牙、補牙、脫牙或X光檢查。(請牙醫/牙科診所於適當的「□」內填上「✓」號，並由接受牙科服務人士確認) 如長者亦有接受鑲活動假牙服務，請同時填妥本部份第3項「鑲活動假牙」。

☐ 洗牙

☐ 補牙 上顎____隻 下顎____隻

☐ 脫牙 上顎____隻 下顎____隻

☐ X光檢查____張

確認日期：____年____月____日

接受牙科服務人士
簽署#：____×____ (如不會讀寫*，請印上指模)

接受牙科服務人士於本記錄表內的簽署必須一致。項目辦公室只會根據已有長者簽署的臨床診治記錄表審批費用。

*** 如長者精神上有行為能力但不會讀寫，須填寫此部份見證人資料**

本人見證這份文件已在長者面前朗讀及解釋。

見證人簽署：____ 見證人姓名：____

香港身份證號碼：____ 日期：____

3. 鑲活動假牙 (請牙醫/牙科診所於適當的「□」內填上「✓」號)

(I) 印牙模

應診日期：____年____月____日

長者需要鑲配：

☐ 上顎活動假牙 ☐ 下顎活動假牙

接受牙科服務人士
簽署#：____×____ (如不會讀寫*，請印上指模)

接受牙科服務人士於本記錄表內的簽署必須一致。項目辦公室只會根據已有長者簽署的臨床診治記錄表審批費用。

*** 如長者精神上有行為能力但不會讀寫，須填寫此部份見證人資料**

本人見證這份文件已在長者面前朗讀及解釋。

見證人簽署：____ 見證人姓名：____

香港身份證號碼：____ 日期：____

(II) 供應及裝配活動假牙

應診日期：____年____月____日

長者確認收取：

☐ 上顎活動假牙____隻 ☐ 下顎活動假牙____隻

接受牙科服務人士
簽署#：____×____ (如不會讀寫*，請印上指模)

接受牙科服務人士於本記錄表內的簽署必須一致。項目辦公室只會根據已有長者簽署的臨床診治記錄表審批費用。

*** 如長者精神上有行為能力但不會讀寫，須填寫此部份見證人資料**

本人見證這份文件已在長者面前朗讀及解釋。

見證人簽署：____ 見證人姓名：____

香港身份證號碼：____ 日期：____

第三部分 接受牙科服務人士終止接受牙科服務的聲明

(如長者於應診期間表示不願意繼續接受牙科服務時，填寫及簽署此部分)

本人(即下方簽署人) 不願意繼續接受本項目範圍內的鑲活動假牙或其他牙科診療服務，並自願終止接受關愛基金提供的鑲活動假牙及/或其他牙科服務的資助及診療。本人明白在終止接受服務後，本人的個案會被列為已完成個案，今後不能再次申請本項目。

到目前為止，本人在本項目下的應診次數合共 _____ 次

接受牙科服務人士

簽署[^]： X (如不會讀寫*，請印上指模) 日期： _____

[^] 接受牙科服務人士於本記錄表內的簽署必須一致。**注意：**如接受牙科服務人士已簽署此部分確認終止接受牙科服務，牙醫/牙科診所應通知項目辦公室。

*** 如長者精神上有行為能力但不會讀寫，須填寫此部份見證人資料**

本人見證這份文件已在長者面前朗讀及解釋。

見證人簽署： _____ 見證人姓名： _____

香港身份證號碼： _____ 日期： _____

第四部分 意見調查

(無論個案是否適合鑲活動假牙或最終有否完成整項療程，牙醫/牙科診所均需於接受牙科服務人士最後一次應診後向其提出此部分的問題，並記錄於下方。)

- (1) 透過關愛基金「長者牙科服務資助」項目為你提供的活動假牙對你有冇幫助? ☐非常有 ☐有 ☐少許 ☐有
☐不適用(沒有接受鑲活動假牙服務)

如答案是「有」，請說明原因。 _____

- (2) 你滿唔滿意關愛基金「長者牙科服務資助」項目? ☐非常滿意 ☐滿意 ☐唔滿意

如答案是「唔滿意」，請說明原因。 _____

第五部分 接受牙科服務人士的診療記錄

(一) 第一部分所載接受牙科服務人士已完成以下牙科診療服務療程，該人士就本項目的應診次數合共 _____ 次，
最後一次應診日期為 _____ 年 _____ 月 _____ 日。

(二) 經檢查後第一部分所載人士是否適合鑲活動假牙：

☐ 不適合鑲活動假牙 原因：☐ 牙床骨嚴重收縮 ☐ 上下顎牙齒咬合異常 ☐ 健康狀況未能配合鑲活動假牙
☐ 其他（請註明：_____）

☐ 適合：☐ 鑲配上顎活動假牙 ☐ 鑲配下顎活動假牙

(三) 牙醫/牙科診所提供的牙科診療服務及詳情：

★ 若經檢查後確定第一部分所載人士並不適合鑲活動假牙，牙醫必須於首次應診當天替長者提供及完成其所需的洗牙、脫牙、補牙或 X 光檢查牙科服務；惟在特殊情況下，即長者**正在服用薄血藥**而不適宜在首次應診當天進行有關服務，牙醫亦只能為該長者安排額外多一次應診，以便提供項目範圍內的牙科服務，牙醫需就有關特殊情況作申報(請與項目辦公室聯絡索取申報表格及於完成牙科診療服務後填交該表格)。否則，在首次應診當天以外日子所提供的牙科診療服務均不在本項目資助範圍內。

☐ 洗牙*

☐ 補牙* 上顎 _____ 隻 下顎 _____ 隻

☐ 脫牙* 上顎 _____ 隻 下顎 _____ 隻

☐ X 光檢查* _____ 張全口腔 X 光片 (OPG)

_____ 張咬翼 X 光片 (Bitewing X-ray) (牙齒範圍/位置: ☐ 左 ☐ 右)

_____ 張根尖周 X 光片 (Periapical X-ray) (牙齒範圍/位置，根據下列牙科圖表填寫
牙齒編號: _____)

☐ 印牙模

☐ 鑲活動假牙 上顎 _____ 隻 下顎 _____ 隻

就上述牙科診療服務作出資料補充(如適用) _____

請以下列方法記錄已提供牙科診療的牙齒位置：

補牙：

⑬

脫牙：

14

鑲活動假牙：

15



18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

(四) 第一部分所載接受牙科服務人士已完成/未能完成整項牙科診療療程

☐ 第一部分所載接受牙科服務人士已接受上述牙科診療服務，並已完成整項療程。

☐ 第一部分所載接受牙科服務人士於診療期間表示不願意繼續接受鑲活動假牙及/或其他牙科診療服務，因而終止接受牙科診療。→ 該人士須簽署本表格第三部分“接受牙科服務人士終止接受牙科服務的聲明”。

☐ 牙科診所經聯絡後得悉第一部份所載接受牙科服務人士不願意繼續接受鑲活動假牙及/或其他牙科診療服務，因而終止接受牙科診療。

☐ 第一部分所載接受牙科服務人士已接受上述牙科診療服務，但未能完成整項療程(包括長者最近一次應診後三個月內，牙醫/牙科診所未能成功與長者或其聯絡人聯絡)。牙醫/牙科診所已向項目辦公室呈報有關情況。

供項目辦公室內部使用

Ref. No. :

存檔：

第六部分 牙醫/牙科診所申請的登記及診療費

本人/本診所確認第一部分所載人士已接受本項目資助的鑲活動假牙或其他牙科診療服務，本人/本診所現就所提供的牙科診療服務申請的登記及診療費如下：

第一部分所載接受牙科服務人士 已接受的牙科診療服務

本人/本牙科診所就此個案 申請的收費

☐	登記及檢查 [包括若經檢查後確定第一部分所載人士並不適合鑲活動假牙，或長者表示不願意接受鑲活動假牙服務，亦無需提供洗牙、補牙、脫牙及 X 光檢查服務]	\$60
☐ 上顎/ 下顎	經檢查後確定第一部分所載人士需要及適合安裝活動假牙，並已完成鑲活動假牙服務。	上顎/下顎 \$5,035 或
☐ 全副		全副 \$9,835
☐ 洗牙	按第一部分所載人士的口腔牙齒狀況及需要作診斷，並已提供其需要的洗牙、補牙、脫牙及 X 光檢查服務(包括為不適合鑲活動假牙的長者提供的洗牙、補牙、脫牙及 X 光檢查服務。在該情況下，牙醫必須於首次應診當天替長者提供及完成其所需的洗牙、脫牙、補牙或 X 光檢查牙科服務； <u>惟在特殊情況下</u> ，即長者 <u>正在服用薄血藥</u> 而不適宜在首次應診當天進行有關服務，牙醫亦只能為該長者安排額外多一次應診，以便提供項目範圍內的牙科服務，牙醫需就有關特殊情況作申報(請與項目辦公室聯絡索取申報表格及於完成牙科診療服務後填交該表格)。否則，在首次應診當天以外日子所提供的牙科診療服務均不在本項目資助範圍內。	洗牙(刮除牙石和打磨牙齒) \$430
☐ 補牙 ____ 隻 [◆]		補牙 \$390/隻 ([◆] 以五隻為限，最高收費總額為 \$1,950)
☐ 脫牙 ____ 隻 [★]		脫牙 \$425/隻 ([★] 以五隻為限，最高收費總額為 \$2,125)
☐ X 光檢查 ____ 張 [★]		X 光檢查 \$75/張 ([★] 以四張為限，最高收費總額為 \$300)

牙醫姓名： _____ 牙醫簽署[▲]： _____ ✕

牙科診所名稱： _____ 獲授權人士簽署及診所
印章[▲]： _____ ✕
[▲]牙醫簽署、獲授權人士簽署及診所印章必須與登記成為關愛牙醫/牙科診所申請表格上的有關簽署及印章一致。

聯絡電話號碼： _____ 傳真號碼： _____

電郵地址： _____ 日期： _____

第七部分 發放給牙醫/牙科診所的登記及診療費 (本部分由項目辦公室填寫)

本記錄表的資料已核對無誤，本項目辦公室將安排向牙醫/牙科診所發放下列的登記及診療費：

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|
| ☐ | \$60 | | (登記及檢查) |
| ☐ | \$5,035 | 安裝上顎/ 下顎活動假牙 | (安裝活動假牙) |
| ☐ | \$9,835 | 安裝全副活動假牙 | (安裝活動假牙) |
| ☐ | \$430 | 洗牙 (刮除牙石和打磨牙齒) | (其他牙科診療服務) |
| ☐ | \$390 | 補牙 (\$390 x _____ 隻= \$ _____) | (其他牙科診療服務) |
| | (以五隻為限，最高收費總額為\$1,950) | | |
| ☐ | \$425 | 脫牙 (\$425 x _____ 隻= \$ _____) | (其他牙科診療服務) |
| | (以五隻為限，最高收費總額為\$2,125) | | |
| ☐ | \$75 | X 光檢查 (\$75 x _____ 張= \$ _____) | (其他牙科診療服務) |
| | (以四張為限，最高收費總額為\$300) | | |

總數：

\$

項目辦公室
負責人簽署： _____

項目辦公室印章： _____

項目辦公室
負責人姓名： _____

日期： _____