

## 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 (2018 年 1 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(第二及五部分)，負責牙醫須於經修改位置旁邊簽署或蓋上診所印章。
4. 如牙醫根據臨床判斷，認為長者並不適合鑲活動假牙，而需要洗牙及／或脫牙及／或補牙及／或 X 光檢查，在一般情況下，牙醫必須於首次應診當天替長者進行其所需而在項目範圍內的牙科服務；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。在該特殊情況下，牙醫須與項目辦公室聯絡，索取特殊情況申報表格，並於完成牙科診療服務後將已填妥的特殊情況申報表格，連同有關個案的臨床診治記錄表一併寄交項目辦公室，以作申報，供項目辦公室考慮和審批。沒有申報的個案，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。
5. 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 牙醫／牙科診所提供並由接受牙科服務人士簽署確認的牙科診療記錄

(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。)

#### 1. 首次應診、登記及檢查

牙醫檢查第一部分所載人士後認為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：☐ 鑲配上顎活動假牙    ☐ 鑲配下顎活動假牙
- ☐ 不適合(見「注意」第 4 點)，原因是：☐ 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：\_\_\_\_\_)

應診日期：20      年      月      日

**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：

✕

接受牙科服務人士簽署確認已首次應診

(如不會讀寫，請印上指模及由見證人填寫右欄)

2. 牙醫按資助項目規定為第一部分所載人士提供的牙科診療服務 (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)

第一部分所載人士就本項目的應診次數合共 \_\_\_\_\_ 次，最後一次應診日期為 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日。

☐ 洗牙

☐ 補牙：上顎 \_\_\_\_\_ 隻 下顎 \_\_\_\_\_ 隻

☐ 脫牙：上顎 \_\_\_\_\_ 隻 下顎 \_\_\_\_\_ 隻

☐ X 光檢查共 \_\_\_\_\_ 張，包括：

\_\_\_\_\_ 張全口腔 X 光片 (OPG)

\_\_\_\_\_ 張咬翼 X 光片 (Bitewing X-ray)：☐ 左 ☐ 右

\_\_\_\_\_ 張根尖周 X 光片 (Periapical X-ray) {牙齒編號：\_\_\_\_\_}

確認日期：20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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：\_\_\_\_\_

✕

接受牙科服務人士簽署確認已接受上述牙科診療服務

(如不會讀寫，請印上指模及由見證人填寫右欄)

☐ 印牙模

應診日期：20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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：\_\_\_\_\_

✕

接受牙科服務人士簽署確認已印牙模

(如不會讀寫，請印上指模及由見證人填寫右欄)

☐ 供應及裝配活動假牙：上顎 \_\_\_\_\_ 隻 下顎 \_\_\_\_\_ 隻

應診日期：20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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：\_\_\_\_\_

✕

接受牙科服務人士簽署確認已收取活動假牙

(如不會讀寫，請印上指模及由見證人填寫右欄)

牙醫／牙科診所就上述牙科診療服務提供的補充資料(如適用)：

請牙醫／牙科診所用左下列方法記錄已提供牙科診療的牙齒位置：

補牙 脫牙 鑲活動  
假牙

⑬

✕

15

☐

☐

☐ D

| 18                       | 17                       | 16                       | 15                       | 14                       | 13                       | 12                       | 11                       | 21                       | 22                       | 23                       | 24                       | 25                       | 26                       | 27                       | 28                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48                       | 47                       | 46                       | 45                       | 44                       | 43                       | 42                       | 41                       | 31                       | 32                       | 33                       | 34                       | 35                       | 36                       | 37                       | 38                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**第一部分所載人士：**(請牙醫／牙科診所於適當的「☐」內填上「✓」號)

- ☐ 已接受上述牙科診療服務，並**已完成**整項療程。
- ☐ 於診療期間表示不願意繼續接受鑲活動假牙及／或其他相關的牙科診療服務，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”。
- ☐ 經牙科診所聯絡後表示**不願意繼續接受**鑲活動假牙及／或其他相關的牙科診療服務，因而終止接受牙科診療。
- ☐ 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。

### 第三部分 接受牙科服務人士終止接受牙科服務的聲明

(注意：如接受牙科服務人士於應診期間表示不願意繼續接受牙科服務時，請填寫及簽署此部分。)

本人(即左下方簽署人)**不願意**繼續接受本項目範圍內的鑲活動假牙及／或其他相關的牙科診療服務，並自願終止接受關愛基金提供的鑲活動假牙及／或其他相關的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。

日期：20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**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。

✕

**接受牙科服務人士簽署<sup>^</sup>**

<sup>^</sup>接受牙科服務人士於本記錄表內的簽署必須一致。

(如不會讀寫，請印上指模及由見證人填寫右欄)

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 ☐ 冇 ☐ 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 登記及診療費

(由牙醫／牙科診所填寫)

### 牙醫／牙科診所就此個案申領診療費用的項目

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及／或其他相關的牙科診療服務，本人／本診所現就所提供的牙科診療服務申領下列費用：

☐ 登記及檢查 (\$60)

☐ 上顎／下顎活動假牙 (\$5,035)

☐ 全副活動假牙 (\$9,835)

☐ 洗牙 (刮除牙石和打磨牙齒) (\$430)

☐ 補牙 \_\_\_\_ 隻  
(\$390／隻，此項診療服務的最高申領總額為\$1,950)

☐ 脫牙 \_\_\_\_ 隻  
(\$425／隻，此項診療服務的最高申領總額為\$2,125)

☐ X 光檢查 \_\_\_\_ 張  
(\$75／張，此項診療服務的最高申領總額為\$300)

牙科診所名稱： \_\_\_\_\_

牙醫姓名： \_\_\_\_\_

牙醫簽署▲： \_\_\_\_\_

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。

日期： \_\_\_\_\_

(由項目辦公室職員填寫)

### 項目辦公室就此個案發放診療費用的項目

本記錄表的資料已核對無誤，本項目辦公室將安排向牙醫／牙科診所發放下列費用：

☐ 登記及檢查：\$60

☐ 上顎／下顎活動假牙：\$5,035

☐ 全副活動假牙：\$9,835

☐ 洗牙 (刮除牙石和打磨牙齒)：\$430

補牙：☐ 1 隻\$390 ☐ 2 隻\$780 ☐ 3 隻\$1,170  
☐ 4 隻\$1,560 ☐ 5 隻或以上\$1,950

脫牙：☐ 1 隻\$425 ☐ 2 隻\$850 ☐ 3 隻\$1,275  
☐ 4 隻\$1,700 ☐ 5 隻或以上\$2,125

X 光檢查：☐ 1 張\$75 ☐ 2 張\$150  
☐ 3 張\$225 ☐ 4 張或以上\$300

總數：

\$

項目辦公室  
負責職員姓名： \_\_\_\_\_

項目辦公室  
負責職員簽署： \_\_\_\_\_

項目辦公室  
印章： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

### 供項目辦公室內部使用

Ref. No. :

存檔：