

For Admission Use		 仁安醫院 UNION HOSPITAL 挂号表格	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. 个人资料 阁下必须提供正确的个人资料，以便本院能适当地照顾阁下之健康问题。

医疗记录编号 URN

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

 * 请尽量以正楷英文填写 请在适当方格填上✓号
(Official Use Only)

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

中文姓名 _____ 性别 男 / 女 出生日期

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

 -

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

 -

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

日 月 年

国籍 _____ 证件号码 _____ 中国居民身份证号码 _____

住址* _____
室 楼 座/大厦名称 屋苑名称

_____ 街道名称 区域 地区

通信地址 同上 其他 _____

电话号码 (住宅) _____ (手提电话) (香港/澳门/中国/其他地方) _____
(接收短讯电话)

电邮地址 _____ 已知致敏物质 _____

备注 _____

II. 家属资料 (请提供最少一位家属资料)

1 姓名 _____ 关系 _____ 备注 _____
 电话号码 _____ (手提电话) (香港/澳门/中国/其他地方) _____
(接收短讯电话)

2 姓名 _____ 关系 _____ 备注 _____
 电话号码 _____ (手提电话) (香港/澳门/中国/其他地方) _____
(接收短讯电话)

III. 仁安医院看病须知

本人已得悉有关医院的基本收费资料。

本人已明白并愿意遵守病人/儿童病人约章。

本人明白及同意在治疗或住院期间，本人/本人的子女/本人的受监护人提供的资料，以及在仁安医院的医疗记录(包括服务用户要求的诊症录音记录)为用作适时的医疗及一般医院行政用途，即为仁安医院及有关医护人员或其他认可的行政或医护人员诊断、治疗及医疗运作(例如质量保证、临床评审及研究)所用。本人明白仁安医院与仁安医院有限公司旗下所有医疗机构的医疗记录系统是互通的。此外，在因为公共卫生需要下或因法例要求，如提交法院、法庭传讯、卫生署或在有关法律的要求下，仁安医院会将上述资料提供予其他有关机构或人仕使用。

本人明白医院收集本人的个人资料的其中一个目的是协助医院向本人追收欠款(如有)，而追收欠款可能会把本人的个人资料转交至第三方，如医院的代表律师及/或第三者追欠代理。本人同意院方在追收欠款的目的下保留权利向这些第三方提供本人的个人资料。

本人知悉及明白持续医疗护理的重要，在此授权仁安医院：如本人/本人的子女/本人的受监护人由仁安医院转往其他医院或医疗机构治疗，仁安医院可向该医院或该医疗机构索取本人/本人的子女/本人的受监护人在治疗期间的医疗记录。

仁安医院将定期用邮寄、电邮或电子讯息等方式向阁下提供免费的健康信息、医疗常识、推广优惠及活动信息。
 如阁下不欲收到此等健康及优惠信息，请在方格内填上 "✓" 。

本人不欲接收有关住院或复诊的短讯提示。

通信语言选择 中文 英文

客户/监护人签署 _____ 日期 _____

挂号表格

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