

電話傳真預約入院/手術表格

香港山頂加列山道 41 號

手術室電話: 2849 1521 手術室傳真: 2849 2294

內外科及兒科電話: 2849 1200 內外科及兒科傳真: 2849 2564

病人(姓): _____ (名): _____

年齡: _____ 性別: _____

香港身份證/護照號碼: _____

聯絡電話號碼: _____

只供醫院使用

收傳真者: _____

日期及時間: _____

傳真至: _____ 傳真者: _____

日期及時間: _____

臨牀資料

查閱由醫生簽發的入院通知書 入院前檢查 (VRE) 抗萬古霉素腸道鏈球菌 / (MRSA) 耐藥性金黃葡萄球菌

病歷: _____

體格檢查: _____

檢測項目: _____

現時服用之藥物: _____

過敏反應: _____

治療方案: _____

程序資料

外科醫生: _____ 麻醉科醫生: _____ 兒科醫生: _____

斷症: _____

手術名稱: _____

請註明特別需用儀器/
用具: _____

進行手術之日期: _____ 時間: _____ 上午/下午 _____

麻醉方法/種類: _____

到院後需要接受有關的
程序/檢查/化驗: _____

病人入院日期 _____ 時間: _____ 上午/下午 _____

病房種類: 頭等 / 二等 / 三等

* 本文件必須保密及受法律保障，如您不是指定之收件人請立刻通知本院及把本文件燒毀，本文件內所有資料均須保密及不得擅自使用。

如需查詢，請致電明德國際醫院 2849-0111 或與你的醫生醫務所聯絡
為提高效率可在入院前預先在網址 www.matilda.org 登記

病人注意事項

在接受手術前_____小時請勿飲食。

注意:

- 1) 請帶備您的香港身份証或護照(十二歲以下之病人須出示出生證明書)。此乃非常重要，根據香港特別行政區法例，在病人沒有出示以上文件時，醫院不能給予病人醫療服務。
- 2) 請在入院時，帶同本表格一同辦理入院手續。
- 3) 請帶同所有之化驗報告、X光底片或掃描報告。
- 4) 請帶備所用藥物之名稱及其使用劑量。
- 5) 假如閣下的醫療費用部份或全數將由您的僱主或保險公司支付，請帶備及出示您的醫療咭及付款保證書。
- 6) 假如閣下未能出示有效之醫療咭或由您的僱主保險公司所簽發之付款保證書，閣下將須要支付入院按金港幣二萬元 或 預算總收費之 50%，以較高者為準。(按金可以現金或信用咭形式支付)
- 7) 到達醫院後，請到地下客戶服務部辦理入院登記手續

入院前所須辦理有關保險之手續:

在關之醫療費用，如由閣下之醫療保險公司支付的話，請在入院前，預先通知您的保險公司；以便在入院前取得貴保險公司的核准及認可。

交通工具:

- 醫院會提供免費泊車位
- 明德國際醫院提供免費穿梭巴士服務，每天由早上六時四十分在大會堂旁開出直至黃昏六時四十分為尾班車，班次為每小時零四十分開出、而明德醫院則為每小時零十分開出。(期間中午十二時至一時暫停服務。)
- 一號專線小巴可在中環國際金融中心第二期乘搭直達本院正門

特別注意:

- 接受手術或其他治療後，請勿自行駕駛車輛回家。
- 盡量避免攜帶貴重物品入院。
- 出院時間為早上十一時三十分；
- 在懸掛八號風球或黑色暴雨警告時，請在往醫院前致電查詢，介時醫院祇會提供有限度及急症服務。

防感染篩查計劃:

明德國際醫院將推行附加的防感染篩查計劃，以減少院內的耐藥性金黃葡萄球菌(MRSA) / 抗萬古霉素腸道鏈球菌(VRE)的感染風險。

入院前，所有入住本院以下部門的病人必須完成 VRE 及 MRSA 風險評估問卷，方可接受治療：

1. 日間醫療部
2. 內科及外科部 (包括入院的幼兒及兒童)
3. 婦產科