



仁濟醫院維拉律敦治·荻茜銀齡健康管理中心
服務登記表

會員編號: _____
(只供職員使用)

	Complete date
Form1	
Decl.	
PT	
簡介會	

個人資料:

姓名: _____ 性別: 男/女 出生日期: _____ (年) (月)

年齡: _____ 身份證號碼(首 4 位英文字母及數字): _____

聯絡電話: (住宅) _____ (流動電話) _____ 可接收 Whatsapp 通知

緊急聯絡人姓名: _____ 關係: _____ 緊急聯絡人電話: _____

住址: _____ 新界 九龍 香港

經濟狀況: 綜援 傷殘津貼 高齡津貼 長者生活津貼

家人供養 儲蓄 其他 _____

推薦人姓名: _____

如何認識本中心: 途經此地 朋友介紹 海報 橫額
電台宣傳 網站資訊 中心介紹 (請註明: _____)

其他: _____

身體狀況

健康狀況: 高血壓(*有/沒有服用藥物?) 心臟病 糖尿病 肺氣腫
認知障礙症 腦中風 帕金森 癌症 關節炎
骨折(位置: _____) 氣促 其他: _____

曾接受手術: 否 有, 請註明: _____

活動能力: 行動自如 使用輔助器 輪椅 需別人協助

視力: 正常 矇糊 *左/右 失明 *左/右 眼疾

聽覺: 正常 欠佳 *左/右 失聰 *左/右 助聽器

其它資料(如其他長期病患、關節病或痛症等): _____

運動目標

- 強健體魄 體重控制 預防跌倒 改善活動能力
- 姿態改善 改善長期病患 改善痛症 其他：_____

聲明:

1. 本人 *同意 / 不同意 本中心於網頁、機構刊物及報告內刊載本人的活動相片作為服務推廣用途。
2. 本人 *同意 / 不同意 本中心擬用本人的資料作出收集意見及優化服務之用。
3. 本人 *同意 / 不同意 本中心直接聯絡發放中心最新消息及活動資訊 (如颱風安排等)。
4. 本人謹此聲明，盡本人所知，以上提供的一切資料均為屬實無誤。本人明白，如果本人對自己的身體狀況是否適宜進行體能活動有疑惑，應先行諮詢醫生的意見，中心亦有權要求本人在參與中心活動前，出示醫生證明紙，證明本人的身體狀況適宜參與體能活動。
5. 本人明白，不論評估是否合格，已繳交的登記費用都不會退回。本人亦了解，評估和簡介會的日子，分別需於登記後和評估完成合格後，向中心職員另行預約。
6. 本人明白，如果本人超過一年沒有使用過中心的服務，必須重新繳付登記費用及進行評估後合格，方能重新成為中心會員。

備註:

根據個人資料(私隱)條例，登記人所提供的個人資料會保密處理。此外，登記人有權按本院程序申請查閱及更新本中心存有關登記人的個人資料。

登記人簽署：_____ 收表職員簽署：_____

登記人姓名：_____ 收表職員姓名：_____

日期：_____ 日期：_____

(* 請刪除不適用處)