



寶血醫院 (明愛)

Precious Blood Hospital (Caritas)

寶血婆婆資助系列

免費腸鏡檢查資助計劃

EDCOL01PD-BAO BAO-EDU



資助項目包括：

- 入院前後診症各1次
- 醫生費、內窺鏡室費
- 瀉劑、護理費
- 日間床位(6小時)
- 報告連相片1份
- 瘰肉切除及化驗費*

[*第3樽瘰肉開始另外收費]



申請資格：

- 50歲或以上香港永久居民；及
- 正領取綜援 / 其他生活津貼；或
- 經社工評估有經濟困難；及
- 持有政府醫生轉介信
- 有腸癌家族史或以往接受瘰肉切除者優先

資助不包括：

監察麻醉、出院藥物
額外化驗、緊急服務
檢查引致併發症所需的
各項治療費用等。

申請時間：由2025年8月5日開始

名額有限、額滿即止

申請方法：

網站下載 / WhatsApp或
親身到醫院索取；及
需經寶血醫院醫生評估
是否合適進行檢查程序

電話查詢：3971 9921 / 9966

WhatsApp查詢：6013 6754
9686 0864

內部使用 Internal use only

申請編號

「結腸內窺鏡檢查資助計劃 2025」 申請表

甲部：

(* 請在適當方格 ☐ 填上「√」號。)

第一部分：申請人資料

申請人姓名：	中文：	英文：
性別/ 年齡：	☐ 男 ☐ 女 / 歲	出生日期： 年 月 日
身份証號碼：		申請人電話：
居住地址：	(香港 / 九龍 / 新界)	
聯絡人姓名： (與申請人關係)	(關係：)	聯絡人電話：

第二部分：申請人病歷記錄

病情跟進公立醫院：			
醫院管理局文件：	☐ 醫管局覆診紙	☐ 醫管局轉介信	☐ 檢查預約紙
最近一次曾經接受 腸鏡檢查年份：	本人於 _____ 年，曾經接受腸鏡檢查。 檢查中曾經切除 (1) 組織 或 (2) 瘰肉 作化驗： ☐ 有 ☐ 沒有		

第三部分：申請人經濟狀況

(1)	領取長者生活津貼 (簡稱『長生津』)	☐ 有 ☐ 沒有
(2)	領取綜合社會保障援助 (簡稱『綜援』)	☐ 有 ☐ 沒有
(3)	☐ 經社工評估有經濟困難之服務使用者	

第四部分：資助計劃範圍	
內窺鏡檢查資助計劃包括：	
日間床位(6 小時)收費、內窺鏡室費、醫生費、基本護理程序費、基本鎮靜藥物費、入院前後門診診症費各一次、腸鏡檢查前所需瀉劑、報告連相片一份。	
*每名合資格病人均需要接受本院專科醫生評估及建議最終的合適檢查項目。合資格病人會獲得一次性資助	
第五部分：額外自費項目	
1. 特殊要求或監察麻醉及額外化驗費用、檢查正常程序以外的緊急服務、或手術引致併發症所需的各項治療費用等。	
2. 瘻肉切除已包兩瓶化驗，第三瓶起需自費每瓶 \$300。	
第六部分：聲明及承諾	
1. 本人為香港特別行政區永久性居民。	
2. 本人已加入香港特別行政區「醫健通」計劃，並授權寶血醫院(明愛)查閱本人過往病史。	
3. 本人不是寶血醫院(明愛)的員工。	
4. 本人向寶血醫院(明愛) 結腸內窺鏡檢查資助計劃申報之所有個人資料及經濟狀況，全屬真實、準確及完整。	
5. 本人明白遞交文件 (申請表及附加文件) 均需清晰可見及齊全，方能接受醫院的正式審批。	
6. 本人明白及同意 **一切超出資助金額的開支及費用** 將需由本人 <u>自行承擔</u> ，醫院將不會提供任何額外資助。	
7. 本人明白是次資助計劃並 <u>不適用於</u> 保險索償或 <u>直接結算</u> 。	
8. 本人了解及同意接受本申請計劃之條款，並同意向有關資助機構及人士提供所需資料，記錄及醫療報告作處理、評估及批核資助申請，並作統計/報告之用。	
9. 寶血醫院(明愛)有權因應不同的原因，更改、暫停、撤回或中止本計劃及/或任何個別申請。	
申請人簽署：	申請日期：
申請人醫健通授權號碼： _ _ _ _ _ (8 個數目字)	

請準備好下列文件：			
	填好的申請表 (已簽署)		申請人香港身分證 (副本)
	公立醫院覆診紙或轉介信 (副本)		政府津貼證明 (副本)
遞交途徑：			
WhatsApp 傳送 (6013 6754) / Email 電郵 (foundation@pbh.hk) / 郵寄到醫院 (九龍深水埗青山道 113 號) / 親身到醫院遞交 (地下大堂的醫院服務處)			
如何得知是次資助計劃：			
☐ 醫院網站 ☐ 親友告知 ☐ 社區中心 ☐ 其他：_____			