



「白內障手術」資助計劃

全港率先使用



最新白內障手術儀器

排公院時間長
婆婆幫到你

手術之後
可以睇野清楚

行路唔會咁易跌倒



\$16,880

(適用於單隻眼睛的日間手術)

參加資格

60歲或以上香港永久居民
有公立醫院眼科覆診證明
正輪候公立醫院白內障手術
有經濟困難、正領取綜援或其他生活津貼
經寶血醫院專科醫生評估身體狀況穩定

申請方法

網站下載表格/WhatsApp/到醫院索取
電郵/郵寄/WhatsApp交表及相關文件

2026年8月31日截止申請

WhatsApp查詢: 6013 6754

電話查詢: 3971 9921 / 9966



「白內障手術資助計劃 2026」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：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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：			
等候手術年期：		公立醫院眼科應診年期：	
醫院管理局文件：	<input type="checkbox"/> 醫管局覆診紙	<input type="checkbox"/> 醫管局轉介信	<input type="checkbox"/> 手術預約紙
第三部分：申請人經濟狀況			
(1)	在職人士	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	職業：
(2)	領取個人/家庭在職家庭津貼	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
(3)	領取傷殘津貼	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
(4)	領取長者生活津貼	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
(5)	領取長者高齡津貼(生果金)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	

第四部分：手術套餐範圍

白內障(單隻)手術套餐包括手術前一次、手術後兩次眼科專科門診診症費及手術當日使用之基本眼藥水、指定單焦人工晶體、手術前基本護理、手術室基本費用、醫生手術費用。

第五部分：自費項目

1. 白內障手術計劃優惠價約為 HK\$16,880。費用需由申請人自行承擔。
2. 首次眼科專科門診診症費 HK\$650- (成功者此款項將可獲得退回。)
3. 檢查及量度人工晶體度數之費用。(本院收費共 HK\$550 元正 (單隻)，此款項不會退回。)
4. 醫生建議特殊人工晶體費用、手術正常程序以外的緊急服務、白內障或手術引致併發症所需的各項治療費用等。

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。
3. 本人正接受公立醫院眼科治療或輪候政府的「白內障手術」。
4. 本人向寶血醫院(明愛)「白內障手術計劃」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 ****一切超出金額的開支及費用**** 將需由本人自行承擔。
7. 本人明白是次計劃並**不適用**於保險索償或直接結算。
8. 本人了解及同意接受本申請計劃之條款，並同意向有關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，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：

乙部：

請準備好下列文件：

 填好的申請表 (已簽署)	 香港身分證 (副本)
 公立醫院覆診紙或轉介信 (副本)	 津貼證明文件(如有) (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 (位於地下大堂的醫院服務處)