兒童心臟基金會

 服務轉介表

|  |
| --- |
| 請將此表格交往/郵寄/傳真至：兒童心臟基金會地址：九龍灣南豐商業中心821室電話：25530331傳真：25534886 |

本人已得到申請人同意，提供有關資料供貴服務中心職員作審批申請之用。如有任何查詢，請與本人聯絡，資

料如下：

|  |
| --- |
| 第一部份: 轉介人資 料：機構名稱:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 轉介人姓名： 職位： 電話 ： 傳真 ： 簽署： 日期：  |

致

本

|  |
| --- |
| 第二部份: 個案資料： |
| 申請人姓名 |  | 心童姓名: |  | 心童年齡: |  |
| 住址: |  | 電話號碼: |  |
| 心童心臟問題 | 🞏心房間隔缺損 🞏 先天性主動脈瓣狹窄 🞏 主動脈縮窄 🞏 脈導管未閉 🞏肺動脈瓣狹窄 🞏 大血管異位 🞏法樂氏四聯症 🞏心室間隔缺損 |
| 心童其他身體問題 |  |
| 家庭收入情況 | 🞏10000以下 🞏 10001-15000 🞏15001-20000 🞏20001-30000🞏30000以上 |
| 個案簡述 |  |
| * 申請人同意/不同意作出上述轉介，並由基金會同工進一步再聯絡。
* 本人同意/不同意以Whatsapp 接收最新資料。
 |
| 申請人簽署 |  |