

視像會診 服務須知



多謝選擇本院提供之視像會診服務。請細閱以下事項並於同意欄簽署。

服務對象

1. 視像會診服務（下稱：本服務）適用於**家庭醫學及全科門診**。
2. 預約視像會診服務之病人須年滿**12歲**。如病人未滿**16歲**，視像會診時必須由成人陪同。

服務

1. 視像會診服務時間：星期一至日 上午八時至晚上八時
2. 本服務會以 **WhatsApp Messenger**（下稱：**WhatsApp**）視像通話進行。（現階段未有其他通訊軟件的選擇。）

預約

1. 本服務必須預約，並於雙方同意之指定日子及時間進行。體檢覆診則會於體檢第一次診症時預約。
2. 如需更改預約，須不少於**24小時**前通知本院。
3. 預約時，請提供一個本地流動電話號碼，並確認該號碼已被連結至流動電子裝置（如：智能手機、平板電腦等）內之 **WhatsApp** 應用程式。
4. 本院醫護人員（下稱：職員）將於預約時間前**5至10分鐘**致電，並提醒閣下在合適及網絡穩定的環境預備。如未能於三次致電內成功與閣下聯絡，有關預約將被取消，閣下須重新預約。
5. 閣下可代他人預約，惟需提供該病人之必須資料作登記之用。

診症

1. 如職員於視像會診進行前，發現閣下有以下或其他特別情況：
(a) 極端不正常的x光或化驗報告；
(b) 閣下於約症時所陳述之症狀或事宜必須以臨床方式進行檢查及評估等；
而不適合以遙距模式進行會診，本院職員會建議閣下轉為當面診症或臨床服務。
2. 在視像會診前，請準備好身份證明文件（如香港居民身份証等），以核實身份。
3. 在視像會診時，本院在保護病人的護理標準與當面診症時相同。
4. 於視像會診進行期間，醫生如認為閣下身體狀況複雜或其他原因，須透過面診或臨床檢查，以確保診症之準確性。醫生會向閣下清楚闡釋並另作面診預約安排，其後服務將另行收費。
5. 於視像會診進行期間，醫生會因應病人情況開立醫生診症證明書，惟不適用於開立「新冠疫苗接種醫學豁免證明書」。

視像會診 服務須知(續)



付款

1. 本服務只接受直接付款，不能使用長者醫療券，亦不適用於保險索償。
2. 本院不會在視像診症後安排退款。
3. 繳費後，本院開立收據，供閣下查閱。

診症後

1. 視像會診後，就付款和領取診斷報告、醫療文件、x光片及藥物等安排，閣下可選擇：
 - (a) 親身於預定時間到本院領取及繳付費用；
 - (b) 透過物流公司送往指定地址（自費）。閣下須於安排快遞前透過銀行轉帳繳付全額費用。
2. 鑑於近日新冠疫情嚴峻，運送時間或出現延誤，物流公司亦未能保證提供「上門簽收」服務。閣下須自行承擔在派遞期間發生遺失或資料外洩的風險。如在派遞期間發生遺失情況而須重發藥物，本院將收取藥物費用；而其他報告、文件如有破損或遺失，本院可作補發安排。惟其他一切責任，恕與本院無關。
3. 受本港有關法例監管之危險藥物，將不可透過第三方運送，閣下須親身到院領取。
4. 閣下提供之聯絡資料將於會診後24小時內，於本院所使用之WhatsApp應用程式內刪除，職員亦不會透過WhatsApp提供其他的解答服務。

收集個人資料及私隱政策聲明

播道醫院所收集及持有關於你的個人資料的記錄，只會用作醫院內部使用。在未徵得閣下事先同意前，我們不會向其他人士或機構披露所收集得關於閣下的資料。閣下有權查閱及改正我們所持關於閣下的個人資料。

播道醫院承諾遵守《個人資料（私隱）條例》下有關管理個人資料的規定，保障我們所持有的個人資料的私隱、保密性及安全。儘管我們竭盡所能，但私隱及保密資料外洩之情況仍有可能發生。閣下理解並知悉我們並不會為任何因網絡及系統安全上的問題導致閣下個人資料外洩的後果承擔任何責任。如有查詢或投訴，請聯絡本院（電話：2711 5222）。



[Patient Label] or

Name :

Hospital No :

Sex / Age :

視像會診服務 知情同意書



本人(姓名)_____ 香港身份證 / 身份證明文件(號碼)_____

(醫院號碼：_____) 在此同意接受播道醫院透過WhatsApp通訊軟件 / 電話 / 電郵等溝通方式進行會診服務。

本人明白若本人願意，本人有權要求以面對面方式進行。如需要進一步接受身體檢查或擔心因遠程醫療諮詢溝通而導致不足，本人同意接受隨後面對面醫療諮詢的安排。

本人已詳閱及明白上述所有有關視像會診服務的必要資訊、限制和注意事項；一切事項的最終解釋及決定權歸於播道醫院。

簽署 _____ :

日期 _____ :

如閣下選擇使用第三方物流公司提供之送遞服務，即表示閣下同意播道醫院授權送遞公司將閣下的 *藥物 / 診斷報告 / 醫療文件 / x光片 (*請刪去不適用部分) 送至閣下以下指定收件地址予閣下或閣下指派代表閣下收取之人士，閣下或閣下之授權代表須於收取時出示閣下的醫院號碼予授權送遞人員核實。

收件人聯絡電話：

收件人地址：

SF-CMD132JUL23v02C

Requested by : OPD

Created by : CMD