

罕見疾病照護服務同意/異動申請書

同 意
罕見疾病照護服務 異動申請 書

接受罕見疾病照護服務者，請詳細閱讀以下有關本服務之說明，如有疑問可洽詢計畫服務人員。

- 一、 法規依據:依「罕見疾病防治及藥物法」第8條及「罕見疾病及罕見遺傳疾病缺陷照護服務辦法」，中央主管機關接獲醫事人員通報罕見疾病病人，經病人或其法定代理人同意，應派遣專業人員訪視，告知相關疾病之影響，並提供病人及家屬心理支持、生育關懷、照護諮詢等服務。
- 二、 服務對象：罕見疾病病人及其家屬。
- 三、 服務內容：疾病影響說明、心理支持、生育關懷或照護諮詢等服務。
- 四、 服務方式：電話服務、到宅服務、轉介醫事機構或罕見疾病相關專業團體、不含個人資料之網路資訊查詢服務、其他必要之服務。
- 五、 中止服務：病人可隨時申請中止本照護服務，但建議先與個案管理師討論。服務中止後，如有服務需求，可再重新申請本服務。
- 六、 服務機構：本服務由國民健康署委託專業機構/團體，依中央健康保險署業務組所轄定之地區範圍，進行各機構/團體責任區域劃分，另考量病人對服務單位之熟悉度，服務機構之安排序位原則如下：
 - (一) 目前就診之醫療院所或參與之罕見疾病團體(須同為本計畫之委辦機構/團體)
 - (二) 病人居住地所屬分區之委辦機構/團體。如欲申請服務機構/團體異動，由本計畫下之其他單位提供服務，請填寫下列擬轉入機構/團體名稱及異動原因

本人_____或法定代理人_____ (關係____) 已詳細閱讀本同意書，同意接受衛生福利部國民健康署所委託之機構/團體提供本人及家屬罕見疾病照護服務：

由 林口長庚紀念醫院 提供服務

原就診醫院為(本計畫下之其他照護服務機構/團體名稱)，申請異動由 _____ (本計畫下之其他照護服務機構/團體名稱)

團體名稱) 提供服務， 異動原因: _____

聯絡電話： _____ 手機： _____

現居地地址： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(以下由照護服務機構/團體填寫)

收件人： _____ 收件日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(經費由國民健康署運用於品健康福利捐支應)