



Patient Registration Form 病患登记表

Title 称谓 Miss 小姐/ Ms 女士/ Mrs 太太/ Dr 博士	Surname 姓	Given Name 名	Known as 或称
Date of Birth 出生日期		Home Address 家庭地址	
Marital Status 婚姻状况			
Occupation 职业		Work Address 工作地址	
Employer 雇主			
Phone 电话	Home 住家	Work 工作	Mobile 行动电话
Email 电子邮件			
Medicare 国民保健	Medicare Number 国民保健号码	Position on Card 卡上序位	Expiry Date 失效日期
Private Health Insurance? 私人健康保险? YES 有/ NO 否	Health Fund 健康保险机构	Membership Number 会员号码	Pensioner Number 领取福利金者卡号 DVA Number 退伍军人号码
Next of Kin 近亲联络人	Surname 姓	Given Name 名	Relationship 关系
Phone 电话	Home 住家	Work 工作	Mobile 行动电话
General Practitioner 家庭医生			Referring Doctor? 专诊介绍医生? YES 有 / NO 否
Practice Address 医疗住所			



隐私声明

我们需要获得你的同意以便能收集关于你个人的信息。

我们可能要问你的信息是关乎非常个人的。

这份声明解释，我们因受你的信赖且由你的授权而使用这信息，目的是提供合乎你所期望医疗照顾的水准。

就你是这医疗服务的病患而言，你同意这医疗服务收集关于你个人的信息。这信息主要是使用在医疗照顾服务上。这包括披露给其他牵涉到照顾你健康的人，其中有可能是在这医疗服务之外，而对你的医疗服务有关的临床医师。我们的行政和会计部门也需要用到你个人的信息，这是为著合乎 Medicare 和 Health Insurance Commission 规定的要求。

我们承诺并尊重你的保密性和防护你的隐私。我们的职员将会妥善保管你个人的信息并防止未授权的接近或不正当的使用。只有由你授权的或是因法律强制要求的，我们才会透露关于你个人的信息。

病患承诺书

我已经读过并明白这医疗服务的隐私政策。

我同意由这医疗服务为著上述的目的处理我的个人信息。

签名:

日期:

姓名: