

手術申請表格

明德兒童慈善基金乃明德國際醫院成立的慈善組織，旨在為兒童提供手術治療援助，務求改變他們的生命歷程。

父母、照顧者和監護人可為18歲以下、居於東南亞的兒童提出申請。基金會將全數資助貧困的病童安排接受手術治療，從而改善生活。

基金除關注申請人的醫療需要外，亦會顧及其社交、心理和社區內獲得的支援，致力確保兒童接受手術治療後，得到其家人、社區和當地醫療設備的銜接，協助兒童康復。

填寫申請表時，請盡量提供詳盡資料，包括病歷和照片等以供參考。

申請日期: _____

申請地點: _____

個人資料

兒童姓名: _____

出生日期: _____ 年齡: _____ 性別: _____

父母 / 監護人: _____

兒童住址: _____

申請聯絡人: _____

與兒童之關係: _____

電話: _____ 傳真: _____

手提電話: _____ 電郵: _____

病歷

請說明兒童的病況。

請詳細說明兒童曾接受過的治療。

請詳細說明兒童現時所接受的治療（門診/ 住院），包括所用之藥物、治療或入院手術及護理。

基於兒童現時的情況，他/ 她所面對的挑戰。

兒童原居地是否設有復健設施，如醫院和物理治療設施？術後會否得到護理和照顧？

社交與家庭狀況

請說明兒童的家庭狀況，是否有兄弟姊妹或其他親屬，他們是否參與照顧他/她？

兒童有否上學或到日間托兒設施？

請說明所有家庭收入，基金會可能要求出示有關收入證明。

總結

您對明德兒童慈善基金有什麼期望？

請填妥這份表格並連同有關文件郵寄至

香港山頂加列山道 41 號

明德國際醫院

明德兒童慈善基金收

傳真： +855 2849 4802

電話： +852 2849 0111

電郵： childrensfoundation@matilda.org

基金會會確認收到您的申請，如有需要會進一步向您要求提供更多資料。