



「賽馬會智齒保健計劃」2024-2027 – 免費牙科服務 (認知障礙症/柏金遜症人士) 轉介表格

機構名稱: _____

聯絡電話: _____

轉介人姓名: _____

轉介人簽署及: _____

轉介人職位: _____

機構蓋印 _____

日期: _____

參加者姓名	性別 (女/ 男)	年齡	身份 證首 4字 例如: A123	照顧者姓名/ 關係 <i>例子: 陳小明/兒子</i>	照顧者 是否與 參加者 同住 (✓/X)	1.獨居 2.與配偶同住 3.與配偶及家 人同住 4.與家人同住 (請填寫 1,2,3 或 4)	聯絡電話	已確診 1.認知障礙症 2.柏金遜症 (請填寫 1 或 2)	有領取 長者生 活津貼 (\$4,060) (✓/X)	有 8 隻或以 上天然 牙齒 (✓/X)	「智友醫社 同行計劃」 會員 (✓/X) <i>(可不需提交確診 證明)</i>