



肺塵埃沉着病補償基金委員會 醫學監測計劃參加表格

報名表格

姓名(中文)： _____ 姓名(英文)： _____

性別：男 / 女 出生年份： _____ 年齡： _____

身份証號碼： _____

地址： _____

電話： _____

工人註冊證號碼(發證日期至少一年前)： **CWR** _____

(如未有職員查閱請附上副本)

在建造業工作年數： _____

現工作之地盤名稱： _____ 總承建商： _____

工種： _____

選擇身體檢查地點及時間： 預約時間最遲為 診所關門時間前個半小時	佐敦： 星期一 / 四 晚上 *
	九龍灣： 星期一上午 / 下午 / 晚上 * 星期二至六 上午* 星期日 上午 / 下午*
	荃灣： 星期日 上午 / 下午 *
	青衣： 星期五下午 / 晚上*
	屯門： 星期日 上午 *

你從甚麼途徑得知這計劃： _____

收到日期： _____ 職員姓名： _____

* (請圈出所選答案)

註：肺塵埃沉着病補償基金委員會保留權利拒絕任何人士參加此計劃

以下由職員填寫

註(工作證明) _____

身體檢查日期、時間 20__年__月__日，上/下午__時__分

身體檢查地點 佐敦 / 九龍灣 / 荃灣 / 青衣 / 屯門

通知工友日期 電話 / 即場 _____ 寄出信件 _____ 電話提醒 _____

建議覆檢日期 _____

收集、使用、披露及/或轉移個人資料同意許可

關於：自願性長期醫療監測項目 - 檢查肺塵病或間皮瘤(下稱“該項目”)

本人 [], [身份證件種類及號碼] 現同意許可卓健醫療服務有限公司 (Quality HealthCare Medical Services Limited) (下稱 “卓健”) 收集、使用及披露下列個人資料 (下稱 “該資料”) 及其轉移該資料予肺塵埃沉着病補償基金委員會(下稱 “該委員會”)、醫院、其他醫療機構及/或該委員會委任之服務提供者、勞工處僱員補償科(以下統稱 “該機構”) 作下列用途 (下稱 “該用途”).

該資料

就卓健在該項目提供的服務而言，本人的病歷報告、化驗底片、化驗報告、個人資料及所有經本人提供給卓健的其他資料，究其以電子形式或其他形式提供。

該用途

- (1) 定期進行身體檢查及跟進，以作長期醫療監測之用
- (2) 在該項目進行期間及完畢之後，卓健及/或任一該機構籌備及進行健康教育講座
- (3) 預防肺塵病、間皮瘤及其他職業病
- (4) 處理有關職業病之補償及
- (5) 統計及/或資料搜集用途

註：所有資料不會轉交工人現在及/或前僱主

本人明白本人可以在該項目進行期間及完畢之後的任何時間取消本同意許可。如果本人決定取消上述的同意許可的話，本人將會預先發信給卓健，並註明取消上述本同意許可的生效日期，唯該生效日期須在卓健收妥該取消通知信後的14天方才生效。

除非卓健收到由本人簽發的取消同意許可通知信，否則卓健及該機構皆可根據該用途來使用該資料，而無需請示本人。

日期：_____

[工人簽署]