



新州生命维持设备 能源费返款



医疗声明

病患详情

使用生命维持设备的病患姓名：	
病患地址：	
病患日常联系电话：	

我同意根据要求, 向OECC披露与申请事务相关的本人病历记录, 以便该部门履行其管理返款计划的责任。我已经阅读并理解能源费返款计划个人信息收集通知。

病患签名： 日期：

执业医生详情

本部分必须由病患的医生填写。

医生姓名：	
医生注册号码：	
病患接受评估地点 (医院/诊所)：	
病患接受评估地点 (医院/诊所) 电话：	

指定病患使用的核准生命维持设备

病患的医生必须在下方相关方格中打勾。核准生命维持设备的更多信息可参阅第4页。新州生命维持设备能源费返款资格条件规定, 病患必须已经获得注册执业医生评估, 证明病患需要在其主要居住地点使用经核准的生命维持设备。

执业医生声明

我证明病患必须使用：

勾选	设备	规定条件
<input type="checkbox"/>	氧气浓缩器(全天)	器材设备每天连续使用24小时
<input type="checkbox"/>	氧气浓缩器(部分时间)	器材设备每天使用不足24小时(部分时间)
<input type="checkbox"/>	气道正压呼吸机(全天)	器材设备每天连续使用24小时
<input type="checkbox"/>	气道正压呼吸机(部分时间)	器材设备每天使用不足24小时(部分时间)
<input type="checkbox"/>	肠内营养输注泵	-
<input type="checkbox"/>	外置心脏泵	-
<input type="checkbox"/>	家用肾透析机	-
<input type="checkbox"/>	光疗设备	-
<input type="checkbox"/>	电动轮椅	病患必须属于四肢瘫痪者 备注: 不包括电动代步车
<input type="checkbox"/>	全肠外营养输注泵	-
<input type="checkbox"/>	呼吸机	备注: 不包括喷雾器、加湿器或汽化器

我声明,本申请表中填报的所有资料,根据本人所知所信,均属真实并且准确无误。

我同意OECC可以与我联系,确认本表格中填报的个人资料以及医药治疗情况的准确性。

执业医生签名:

日期:

经核准的生命维持设备

设备类型	品牌名称示例*	年度返款率
氧气浓缩器(全天)	Devilbiss等	\$1,248.67 (器材设备必须每天连续使用24小时)
氧气浓缩器(部分时间)	Devilbiss等	\$742.78 (器材设备每天使用不足24小时)
气道正压呼吸机(全天)	持续气道正压呼吸机、双水平气道正压通气或可变气道正压通气呼吸机	\$285.07 (器材设备必须每天连续使用24小时)
气道正压呼吸机(部分时间)	持续气道正压呼吸机、双水平气道正压通气或可变气道正压通气呼吸机	\$144.54 (器材设备每天使用不足24小时)
肠内营养输注泵	Kangaroo电泵辅助器 – Abbott Flexiflow蠕动泵	\$176.66
外置心脏泵	左心室辅助装置	\$44.17
家用肾透析机	血液透析或腹膜自动循环机, 品牌包括:Fresenius, Gambro, Baxter	\$618.31
光疗设备	蓝光治疗机	\$1,477.52
四肢瘫痪者用电动轮椅 备注:不包括电动代步车	Quickie, Zippie等	\$120.45
全肠外营养输注泵	Volumatic泵, Flowguard泵	\$337.26
呼吸机 备注:不包括喷雾器、加湿器或汽化器	LTV系列, Breas, PLV-100等, Iron Lung	\$1,477.52

* 每种器材设备列出的对应品牌仅供参考,并非详尽无遗。