



# 新州生命支持設備回扣



## 醫療聲明

### 患者個人資料

使用生命支持設備患者姓名：	
患者地址：	
患者日間聯絡電話號碼：	

本人同意，如有需要可向OECC發放與此申請相關的醫療記錄，以便部門履行管理此回扣的責任。  
我已閱讀並瞭解能源回扣隱私收集通知。

患者簽署：

日期：

### 執業醫師詳情

患者的執業醫師須填寫本部份。

醫師姓名：	
醫療服務提供者編號：	
患者接受評核地點 (醫院/診所)：	
患者接受評核地點電話號碼 (醫院/診所)：	

### 為患者指定經批准的維生設備

患者的執業醫師必須在下面的選框打勾。經批准的生命維持設備的更多信息可參閱第 4 頁。為符合新州生命支持回扣的標準，患者必須經過註冊醫療專業人員的評估，以驗證其主要居住地是否需要使用經批准的生命維持設備。

## 執業醫師聲明

我證明患者需要使用：

選框	設備	資格
<input type="checkbox"/>	製氧機 (全天)	機器一天24小時連續使用
<input type="checkbox"/>	製氧機 (部份時間使用)	機器每天使用時間少於 24 小時 (部份時間使用)
<input type="checkbox"/>	正壓呼吸裝置 (全天)	機器一天24小時連續使用
<input type="checkbox"/>	正壓呼吸裝置 (部分時間使用)	機器每天使用時間少於 24 小時 (部分時間使用)
<input type="checkbox"/>	腸內營養輸注泵	-
<input type="checkbox"/>	體外心臟泵	-
<input type="checkbox"/>	家居透析機	-
<input type="checkbox"/>	光療	-
<input type="checkbox"/>	電動輪椅	患者必須歸類為四肢癱瘓 <b>備註:</b> 不包括電動代步車
<input type="checkbox"/>	全胃腸外營養泵	-
<input type="checkbox"/>	呼吸機	<b>備註:</b> 不包括霧化器、加濕器或蒸發器

本人聲明, 本申請中提供的所有信息, 據本人所知, 均屬真實並且正確無誤。

本人同意OECC可與我聯絡, 確認此表格中提供的個人和健康信息的準確性。

執業醫師簽署:

日期:

## 批准的生命支持設備

設備類型	設備示例*	年度回扣
製氧機 (全天)	DeVilbiss等	\$1,248.67 (機器設備必須每天24小時連續使用)
製氧機 (部分時間使用)	DeVilbiss等	\$742.78 (機器每天使用時間少於24小時)
正壓呼吸裝置 (全天)	持續正壓呼吸機、雙水平或可變氣道正壓呼吸機	\$285.07 (機器設備必須每天24小時連續使用)
正壓呼吸裝置 (部分時間使用)	持續正壓呼吸機、雙水平或可變氣道正壓呼吸機	\$144.54 (機器每天使用時間少於24小時)
腸內營養輸注泵	Kangaroo ePump Companion–Abbott Flexiflow Patrol Enteral Pump	\$176.66
體外心臟泵	左心室輔助裝置	\$44.17
家居透析機	血液透析或腹膜自動循環儀 - 例如: Fresenius、Gambro、Baxter	\$618.31
光療設備	藍光療法	\$1,477.52
四肢癱瘓患者電動輪椅 備註: 不包括電動代步車	Quickie, Zippie 等	\$120.45
全胃腸外營養泵	Volumatic泵, Flowguard 泵	\$337.26
呼吸機 備註: 不包括霧化器、加濕器或蒸發器	LTV 系列, Breas, PLV-100 等, Iron Lung	\$1,477.52

\*每種設備的品牌名稱列表僅供參考, 並非詳盡無遺。