



# 新南威尔士州 医疗能源费返款



## 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：

### 执业医师详情

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：	

### 医疗评估

新州医疗能源费返款资格条件规定, 病患必须接受已经为其提供医药治疗不少于3个月的注册执业医师诊断评估, 同时医生必须确认:

- 病患无法自我调节体温;
- 病患确诊患有一种第一类病症 (共四种), 同时患有一种第二类病症 (共三种)。符合条件的病症详情见列表。

## 执业医生声明

我证明，病患无能力自我调节体温。我为病患提供医药治疗已有至少3个月。/ 病患居住于新南威尔士州边远地区，接受皇家飞行医疗队治疗已有至少3个月。病患确诊至少患有下列一种第一类病症以及一种第二类病症：

符合条件的第一类病症(至少勾选一项)	勾选
自主神经功能紊乱(自主神经系统因严重脊髓损伤、脑卒中、脑损伤和神经退行性疾病等受到破坏而导致疾病)。	<input type="checkbox"/>
皮肤完整性受损或排汗功能丧失(例如体表有超过20%的严重烧伤、严重炎症性皮肤病和部分罕见的排汗紊乱症)。	<input type="checkbox"/>
在极端环境温度下生理功能客观化降低(例如晚期多发性硬化症)。	<input type="checkbox"/>
对极端环境温度过度敏感, 导致疼痛、其他不适增加或并发症风险增加(例如复杂的区域疼痛综合征和晚期外周血管疾病)。	<input type="checkbox"/>
符合条件的第二类病症(至少勾选一项)	勾选
严重行动障碍, 包括四肢瘫痪或高位截瘫, 特别是高于胸中水平(T7) 瘫痪, 导致交感神经系统控制丧失, 从而无法自我调节体温。	<input type="checkbox"/>
排汗、心率或血压自我调节功能显著缺失。	<input type="checkbox"/>
在极端环境温度下出现生理功能丧失或临床症状明显恶化。	<input type="checkbox"/>

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：