



# NSW주 의료 에너지 요금 환급



## 의료 신고

### 환자 상세 내용

|                        |  |
|------------------------|--|
| 생명 유지 기기를 사용하는 환자의 이름: |  |
| 환자의 주소:                |  |
| 환자 주간 연락 번호:           |  |

본인은 이 환급 지원 관리 책임의 일환으로, 필요한 경우 이 신청서와 관련된 본인의 의료 기록을 OECC에 공개하는 데 동의합니다. 본인은 에너지 요금 환급 지원을 위한 개인정보 수집 고지문을 읽고 이해했습니다.

환자 서명:

일자:

### 의료 종사자 상세 내용

이 섹션은 반드시 환자의 담당 의사가 작성해야 합니다.

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 의사 이름:                        |  |
| 공급자 번호:                       |  |
| 환자를 진료한 장소 이름(병원/클리닉/진료소):    |  |
| 환자를 진료한 장소의 전화번호(병원/클리닉/진료소): |  |

### 의료 평가

NSW주 의료 에너지 요금 환급 기준을 충족하려면 환자를 최소 3개월 이상 치료해 온 등록 의료 전문가가 다음과 같은 기준으로 환자를 평가해야 합니다:

- 체온을 스스로 조절할 능력이 없다
- 표에 나열된 네 가지 1차 자격 조건 중 하나와 세 가지 2차 자격 조건 중 하나를 충족한다.

의료 종사자 신고서

본인은 환자가 스스로 체온을 조절할 수 없음을 증명합니다. 본인은 최소 3개월 동안 환자를 치료해 왔으며/이 환자는 최소 3개월 동안 NSW주 격/오지에서 로열 플라이닝 닥터 서비스 진료를 받았으며, 이 표에 명시된 1차 자격 조건과 2차 자격 조건 중 하나 이상을 충족시킴을 증명합니다:

| 1차 자격 조건(적어도 한 가지 선택)   | 확인란                      |
|---|--------------------------|
| 자율신경계 기능 장애(심각한 척수 손상, 뇌졸중, 뇌 손상 및 신경 퇴행성 장애와 같이 자율신경계가 손상된 의학적 상태).                    | <input type="checkbox"/> |
| 피부 무결성 상실 또는 발한 능력 상실(예: 전신 20% 이상의 심각한 화상, 심한 염증성 피부 질환 및 일부 드문 형태의 발한 장애).            | <input type="checkbox"/> |
| 극한의 환경 온도에서 생리적 기능의 객관적인 감소(예: 진행형 다발성 경화증).  | <input type="checkbox"/> |
| 극한의 환경 온도에 대한 과민 반응으로 통증이나 기타 불편함이 가중되거나 합병증 위험의 증가(예: 복합부위 통증 증후군 및 진행성 말초 혈관 질환).     | <input type="checkbox"/> |
| 2차 자격 조건(적어도 한 가지 선택)   | 확인란                      |
| 사지 마비 또는 고도의 하반신 마비, 특히 흉추 중위부(T7) 상부의 심한 부동으로 인한 교감 신경계 조절 기능 상실로 체온 자가 조절에 문제가 있는 경우. | <input type="checkbox"/> |
| 발한, 심박수 또는 혈압 자율 조절 기능의 현저한 상실이 입증된 경우.   | <input type="checkbox"/> |
| 극한의 환경 온도에서 생리적 기능의 상실 또는 임상 상태의 현저한 악화가 입증된 경우.  | <input type="checkbox"/> |

- 본인은 이 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확하다고 신고합니다.
- 본인은 본 신청서에 제공된 개인 및 건강 정보의 정확성을 확인하기 위해 OECC가 본인에게 연락하는 것에 동의합니다.

의료종사자 서명:

일자: