

基隆市預立醫療照護諮商機構申請表

醫療機構代碼：

醫療機構名稱：

醫療機構負責人：

醫療機構網址：

聯絡人：

聯絡電話：

(醫療機構印章)

預立醫療照護諮商團隊人員名冊

職稱	姓名	專業資格(符合條件請勾選)	已完成預立醫療照護諮商訓練課程(符合條件請勾選)
醫師		<input type="checkbox"/> 具專科醫師資格 專科類別：_____ 專科證書字號：_____	<input type="checkbox"/> 已完成預立醫療照護諮商訓練 4 小時(檢附受訓證明)
護理師		<input type="checkbox"/> 具有二年以上臨床實務經驗 臨床實務年資：____年	<input type="checkbox"/> 已完成預立醫療照護諮商訓練 6 小時(檢附受訓證明)
社會工作人員/ 心理師		<input type="checkbox"/> 具有二年以上臨床實務經驗 臨床實務年資：____年	<input type="checkbox"/> 已完成預立醫療照護諮商訓練 11 小時(檢附受訓證明)

※依提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法第 4 條規定，諮商機構應組成預立醫療照護諮商團隊，至少包括下列人員：

(專科醫師為必要人員；護理人員、心理師或社會工作人員擇一設置。)

預立醫療照護諮商機構公開資訊情形

項 目	內 容
提供民眾諮詢專線	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，電話：_____
提供預立醫療照護諮商資訊網頁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，網址：_____
個人諮商費用	_____元/人
同行第 2 人起，每人費用	_____元/人
提供低、中低收入戶補助金額辦法與金額	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，金額：_____元
申請長照相關計畫補助費用(符合個案)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

備註：涉及自費收費或有收費異動，請貴機構先函文本局申請核准後，才能公開資訊。