AIA International Limited
(Incorporated in Bermuda with limited liability)

Letter of Consent / Authorization Form for Attending Physician's Statement (APS)
索取醫生報告之授權書

Policy Number 保單號碼	Name of Proposed Insured / Insured 準受保人 / 受保人姓名	ID Card Number / Passport Number 身份證號碼 / 護照號碼
B 6 3 2 2 8 9 8 7 5	KUNG HIU YUNG	K811272(A)
Area Code 區域編號	**Agency / Broker Name 營業員組別 / 經紀名稱**	**Agent / Broker Code 營業員號碼 / 經紀號碼**
8Y	CHAMP ARCTERYZ LL (8Y)	H1690
Operation 營運部	**Agent's / Broker's Name 營業員 / 經紀姓名**	**Agent's / Broker's Tel. No 營業員 / 經紀聯絡電話**
VIP ☐	HO KAR LEE	+852-63837307

O8032025

I, Kung Hiu Yung of **ID number** K811272(A) hereby authorize:
(Insured/Applicant for Insured below age 18)

1. *Any hospitals and affiliated clinics under Hospital Authority or Department of Health / *The Family Planning Association of Hong Kong to release all the medical information or records on *me /*my child Kung Hiu Yung of **ID number** K811272(A) to the company
(Name of Insured)
AIA International Limited for underwriting purposes.
2. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

本人 Kung Hiu Yung，**身份證號碼** K811272(A) 現授權:
(受保人/申請人(如受保人小於18歲))

1. *任何醫院管理局或衛生署轄下醫院及附屬診所 / *香港家庭計劃指導會透露所有關於*本人 / *本人子女 Kung Hiu Yung，**身份證號碼** K811272(A) 之醫療病歷
(受保人姓名)
記錄予**友邦保險(國際)有限公司**作核保用途。
2. 此授權書之正本與副本同屬有效。

*Please delete as appropriate 請刪除不適用者

Signature of Insured / Applicant for Insured below age 18
受保人 / 申請人(如受保人小於18歲) 簽署

06/02/2024
Date 日期: (MM 月 / DD 日 / YYYY 年)

18:19 5G

預約便條

下載 HA Go

SA-C SA-C

九龍醫院西翼一樓專科門診

06/05/2024

下午 (PM) **2** 時 [Hr] **00** 分 [Min]

龔曉蓉
(Kung, Hiu Yung)

KXX1272(X)
S / S

HAA01
Prt at 06/06/2024 18:19

九龍醫院
Kowloon Hospital
覆診預約便條 - Appointment Slip
專科門診診所 Specialist Out-patient Clinic
九龍醫院西翼一樓專科門診 電話[Tel.]31296708

醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY

S / S

日期: [Date] **2024** 年 [Year] **5** 月 [Month] **6** 日 [Day] (星期一) (Monday)

登記時間: [Registration] 下午 (PM) **2** 時 [Hour] **00** 分 [Minute]

姓名: [Name] 龔曉蓉 (Kung, Hiu Yung)

性別: [Sex] 女 (Female) 年齡: [Age] 46y

身份證號碼: [HKID] KXX1272(X)

門診編號: [Out-Patient No.] WSAF-18-20086(I)

內部專用(For Internal Use)

Booked from KH by OPAS
Printed at 06/06/2024 18:19:15 (0 wks 3 days)
If English version is needed, please contact our counter staff

醫院管理局的宗旨乃為香港市民提供醫療服務。除在緊急情況下，醫管局並不保證為非符合資格人士提供服務。在非緊急情況下，未清繳醫療費用的非符合資格人士將不會獲得服務。The Hospital Authority's (HA) policy is to serve the citizens of Hong Kong. Other than emergency services, there is no guarantee that services will be provided to Non-Eligible Persons (NEPs). Under non-emergency situation, medical services will not be provided to NEPs with outstanding fees with the HA.

** 請注意
**For your attention

1.本精神科專科門診診所使用電腦系統預約，電腦約期紙上已列明到診登記日期及時間。請攜同身份証正本連同此覆診預約紙，在約定登記時間前十分鐘到達本診所辦理登記及繳費，獲發輪候號碼後可於大堂等候及留意屏幕顯示，如診症室外屏幕顯示所屬輪候號碼，可進入該診症室應診。

2.避免候診大堂過於擠迫及減少交叉感染，請依時早十分鐘登記應診。請注意登記時間並非應診時間，而確實診症時間視乎當時實際病人應診狀況。

3.本診所服務時間及查詢熱線： 星期一至星期五：上午九時正至下午一時正 上午截籌時間：中午十二時正
查詢熱線：3129 6708 星期一至星期五：下午二時正至下午五時正 下午截籌時間：下午四時十五分
星期六、日及公眾假期休息 星期四：下午三時十五分
截籌時間過後，即時停止覆診登記，未能登記人士請辦理預約下次覆診日期。

4.覆診必須預約，如未能依時赴診，請於兩個工作日前致電31296708安排另一個覆診日期。電話改期服務時間即本診所服務時間（3/7/2023起），延期以十四日內為限。

5.如閣下於兩年內沒有到本診所覆診（以最後覆診日計），將當作新症處理。如重新預約，須提交醫生轉介信辦理。

6.精神狀況轉壞處理：如在新/ 舊症應診日期前，病人精神狀況轉壞，請考慮以下建議：

a).在緊急情況下，有需要時報警求助或到就近醫院急症室求診；

b).致電醫院管理局精神科熱線：2466 7350查詢或尋求協助；

c).在辦公時間內，親身或致電本診所查詢；

d).前往任何醫院管理局普通科診所/家庭醫生/註冊西醫/私家精神科醫生預約應診。

7.本診所會於八號或以上暴風訊號懸掛下暫停服務；黑色暴雨警告於應診服務前懸掛，診所服務暫停。在暴風/黑色暴雨訊號除下後，請留意醫院管理局/政府公布服務恢復時間，病人亦可於診所服務恢復後之三個工作天內，於辦公時間內應診（本診所會依期辦理其登記）或致電3129 6708更改其他覆診日期。

18:13 5G

詳情

門診 已到診

專科門診診所

九龍醫院

2024年5月6日
(星期一)

下午 2:00

地點

九龍醫院西翼一樓專科門診

電話號碼

31296708

流動繳費收據

預約便條

(注意事項 - 文字版)

登記繳費碼



未來 過去

醫健通 eHealth 醫健通紀錄

2024年05月06日
星期一

下午 2:00

九龍醫院

精神科/Psychiatry / Adult Psychiatry

門診

到診

醫健通 eHealth 醫健通紀錄

2024年02月05日
星期一

下午 2:30

九龍醫院

精神科/Psychiatry / Adult Psychiatry

門診

到診

醫健通 eHealth 醫健通紀錄


18:16
5G
醫健通
eHealth
1
你好，龔曉蓉
藥物紀錄
選擇年份
2024
2024年05月06日
九龍醫院
FOLIC ACID TABLET 5MG (ORAL)
TAKE <1> TABLET(S) DAILY [QTY = 98]
PROMETHAZINE HCL TABLET 25MG (ORAL)
TAKE <1> TABLET(S) AT NIGHT [QTY = 98]
QUETIAPINE (FUMARATE) EXTENDED RELEASE TAB 200MG (ORAL)
TAKE 1 HR BEFORE MEAL/EMPTY STOMACH <1> TABLET(S) AT NIGHT [QTY = 98]
QUETIAPINE (FUMARATE) EXTENDED RELEASE TAB 50MG (ORAL)
TAKE 1 HR BEFORE MEAL/EMPTY STOMACH <2> TABLET(S) AT NIGHT [QTY = 196]
SENNA TABLET 7.5MG (ORAL)