

香港青少年腦創傷協會

Hong Kong Brain Injury Association for the Young

地址：新界屯門大興邨興昌樓 28-33 號地下 香港復康會社區復康網絡

電話：2775 4414 傳真：2775 3979

電郵：info@hkbiay.org.hk 網址：hkbiay.org

入會申請表格

(凡腦受損時年齡在 25 歲或以下之兒童及青少年及其家屬，均可申請加入本會。)

(甲) 申請人資料

姓名：(中) _____ (英) _____

身份：患者 家屬(所屬患者姓名：_____ 關係：_____)

性別：男 女

身份證號碼：_____ 出生日期 _____年_____月_____日

電話：(住宅) _____ (手機) _____

傳真：_____ 電郵：_____

居住地址：(中) _____

通訊地址：(中) _____

緊急聯絡人姓名：_____ 電話 _____ (與聯絡人關係)：_____

(乙) 患者現況 (若患者是會員，家屬毋需填寫)

患者受傷年份：_____ 受傷原因：_____

覆診地點/醫院：_____ 職業：_____

現就讀學校：_____ 班級：_____

活動情況：自己步行 須別人攙扶 拐杖 助行架 手動輪椅 電動輪椅

(請轉後頁)

患者如參加活動，是否須乘搭復康車： 是 否

現時健康情況： (可選多項)

- 肢體搖晃，容易跌倒 眼球影像「重疊」 無法語言
- 肢體乏力，不能站立 難以握筆書寫 說話發音不清晰
- 關節/肌肉痛楚 精神狀況欠佳 吞嚥困難
- 腦癇 記憶力差 進食時容易噎咳
- 暈眩 其他 _____

申請人簽署： _____ 申請日期： _____

批核者簽署： _____ 批核日期： _____

備註：

1. 入會申請須經執行委員會審議批准，會籍方為有效。
2. 會員資料只用於與本會職能及活動直接有關項目。
3. 申請人明白本會為註冊非牟利自助組織，並同意遵守會章。
4. 申請人同意本會之代表就關於本會的工作及活動聯絡申請人。
5. 會費：基本會員每一年港幣 20 元正。