

# 香港藥學服務基金

## 配安心藥房

### 收集個人資料之前 致申請人的通知書

向香港藥學服務基金配安心藥房提供個人資料之前，請先細閱本通知書。

#### 收集資料的目的

香港藥學服務基金配安心藥房會參考你所提供的資料，處理及跟進有關「癌症藥物資助計劃 - Lenvima<sup>®</sup>樂衛瑪<sup>®</sup>」的申請及審批你的平均個人每月財政狀況事宜，亦可能就上述申請向任何適當有關人等查詢你的醫療記錄及任何有關資料。向配安心藥房提供你的個人資料，純屬自願。如你未能提供足夠資料，配安心藥房可能無法處理你的申請。

#### 轉移資料與其他人

你所提供的資料，只會供藥房在工作上有需要知道該等資料的職員使用。除此之外，在未得你的事先同意前，藥房職員不會向其他方面披露該等資料。

#### 查閱及更正個人資料

你有權就藥房備存有關你的個人資料提出查閱及更正要求，但已達成使用的目的後而刪除的個人資料除外。查閱或更正資料要求應以書信提出申請。

#### 對你申請的查詢、查閱及更正個人資料的要求

請確保你所提供的資料正確無誤。如你對所提交的申請有任何查詢，或對所提供的資料有任何更改，請聯絡本藥房藥劑師（聯絡電話：2979-0380）。

#### 其他

你在傳遞個人資料時，有機會在過程中被第三者竊取。你如因此引致損失，本藥房將不會負責。配安心藥房只會保存你的個人資料至「癌症藥物資助計劃 - Lenvima<sup>®</sup>樂衛瑪<sup>®</sup>」完畢。

本人已經閱讀、明白及同意 <香港藥學服務基金配安心藥房收集個人資料之前 致申請人的通知書> 的資料。

申請人簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

申請編號：\_\_\_\_\_ (由本基金會填寫)

**香港藥學服務基金**  
**「癌症藥物資助計劃 - Lenvima<sup>®</sup>樂衛瑪<sup>®</sup>」申請表**  
**Hong Kong Pharmaceutical Care Foundation**  
**Cancer Drug Financial Assistance Program- Lenvima<sup>®</sup>**  
**Application Form**

申請日期 **Application Date:** \_\_\_\_\_

**申請人資料 Applicant Personal Particulars**

必須填寫 **Mandatory:**

姓名 **Name** (英文 **English**): \_\_\_\_\_ (中文 **Chinese**): \_\_\_\_\_

香港身份證號碼 **HKID card no.:** \_\_\_\_\_ 性別 **Sex:**  女性 **Female**  男性 **Male**

出生日期 **Date of Birth** (日 **DD**/月 **MM**/年 **YYYY**): \_\_\_\_\_

聯絡電話 **Tel. No.** (住宅 **home**): \_\_\_\_\_ 手提 **mobile:** \_\_\_\_\_

地址 **Address:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

所屬醫院 **Hospital:** \_\_\_\_\_ 專科部門 **Specialty:**  外科 **Surgical**

內科 **Medical**

腫瘤科 **Oncology**

轉介主診醫生 **Name of referred doctor:** \_\_\_\_\_

病人狀況  甲狀腺癌患者 **Thyroid cancer**

**Patient status:**  其他 **Other** (請註明癌症位置或類別: \_\_\_\_\_)

是次申請為:  首次  第 \_\_\_\_\_ 次

**其他資料 Other Information**

您有否申請其他有關 Lenvima<sup>®</sup>樂衛瑪<sup>®</sup>的經濟援助計劃?

Did you apply other cancer drug financial assistance programme of Lenvima<sup>®</sup>?

沒有 **No**

有 (請註明有關其他經濟援助計劃詳情)

Yes (please state details of other cancer drug financial assistance programme)

\_\_\_\_\_

您有否購買任何賠償藥費開支的保險？

Do you have insurance coverage on your medication cost?

沒有 No

有 (請註明保險公司賠償的藥費開支詳情)

Yes (please state details of medication cost covered by your insurance company)

---

**申請人須知：**

- 如有需要，香港藥學服務基金有權要求申請人提供進一步資料和證明文件、約見申請人或聯絡申請人的主診醫生或醫療保險公司，索取進一步資料。
- 香港藥學服務基金必定根據《個人資料(私隱)條例》所載的保障資料原則嚴謹行事，確保申請人的個人資料絕對保密。
- 香港藥學服務基金保留審批申請的最終決定權，並可以拒絕任何申請而無須給予任何理由。

**Notes to Applicants:**

- HKPCF may request further information and supporting documents from applicant, interview applicant, contact applicant's doctor-in-charge or medical insurance agents for more information.
- All personal information collected will be treated in strictest confidence and in accordance to the Personal Data (Privacy) Ordinance.
- HKPCF reserves the right to make the final decision and to decline any application without providing reason.

**聲明Declaration**

本人批准香港藥學服務基金查閱本人提供的資料，以確保所有資料均為完整及正確無誤，並可以電話或郵件就此項計劃與本人聯絡。本人聲明上述填報資料及所提供的相關證明文件均屬真確無誤。有關本人申請此項計劃的資料如有所更改，本人需主動聯絡香港藥學服務基金。本人了解在申請此項計劃所提供的一切資料，只作評核申請資格處理及改善此項計劃的用途。本人了解申請人可隨時取消有關申請，並拒絕香港藥學服務基金進一步查閱本人的資料。本人了解香港藥學服務基金有權要求申請人提供進一步資料和證明文件、約見申請人或聯絡申請人的主診醫生或醫療保險公司，索取進一步資料，而贊助藥廠亦有權隨時停止提供此藥物的經濟資助。本人了解香港藥學服務基金保留審批申請的最終決定權，並可以拒絕任何申請而無須給予任何理由。

I give Hong Kong Pharmaceutical Care Foundation (HKPCF) permission to check my information to make sure it is true and complete and contact me by mail or phone about the Program. I declare that all the information in this application, including all copies of documents proving my income is true and complete. I will contact HKPCF if any of my information relevant to this application changes. I understand that the Program will only use my information to decide if I qualify to participate in the Program, administer or improve the Program. I understand that I can at any time withdraw from the Program, and cancel my permission to HKPCF for further validation of my information provided. I understand that HKPCF may request further information and supporting documents from applicant, interview applicant, contact applicant's doctor-in-charge or medical insurance agents for more information and drug sponsors can change or stop the sponsorship at any time for any reason. I understand that HKPCF shall vet all applications; reserves the right for final decision and to decline any application without providing any reason.

申請人簽署 Applicant's Signature: \_\_\_\_\_ 日期 Date: \_\_\_\_\_