



診所名稱： \_\_\_\_\_

此表格由家長/監護人填寫或診所職員在核實 A 部份資料後代為填寫

**A. 學童個人資料**

學童姓名 (英文) \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_

出生日期 (日-月-年) \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 學童牙科保健編號 \_\_\_\_\_

**B. 資料更改**

詳細資料

生效日期

日 - 月 - 年

<input type="checkbox"/>	新姓名 <sup>1</sup>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	新住址 <sup>2</sup>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	新電話號碼	_____	_____
<input type="checkbox"/>	新學校名稱	_____	_____
		_____	班級和班別 _____

選擇在本學年留在原診所 (只適用於原診所覆診約期)

家長/監護人/職員\* 簽署: \_\_\_\_\_ 姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_  
 (請用原子筆/墨水筆) (請用正楷)

<sup>1</sup> 家長/監護人必須在簽署欄簽署、並提供證明文件以方便核實、方為生效

<sup>2</sup> 必須在簽署欄簽署方為生效

\* 請將不適用者刪去

**For Clinic Use Only 此欄由診所職員填寫**

<input type="checkbox"/>	Information in Part A (& signature if applicable) verified (if by phone: requested by Father / Mother / Guardian / Teacher *)		
<input type="checkbox"/>	Information in Part B updated in SMILE		
<input type="checkbox"/>	Old address on the detachable address slips of the Application & Consent Form DH1595 deleted		
<input type="checkbox"/>	A copy of this form filed to Patient Record (DH2394)		
<input type="checkbox"/>	A copy of this form sent to corresponding SHS Centre (not applicable if update is a) from SHS, b) for address)		
<b>If change SDC</b>			
<input type="checkbox"/>	Transfer of Patient Record (DH2394) & XR (±OPGs) films to new SDC arranged		
Consultation performed with FA	<input type="checkbox"/>	Outstanding FA cancelled	
	<input type="checkbox"/>	Information given to client for FA in new SDC	
Consultation not yet performed	<input type="checkbox"/>	Outstanding Cons appointment checked and cancelled	
	<input type="checkbox"/>	Faxed this form to new SDC (to book New Cons Appointment)	
	Staff Name / Rank	Staff Signature	Date
Processed by			
Reviewed by (CO/ACO)			
Note:	1. The SDC first contacted by client shall perform the information update. 2. The update has to be carefully read out to and verified with client before confirmation when this form is completed by SDC staff. 3. This form is not needed for request to provide additional telephone number(s). 4. The use of this form is mandatory at all time including before, during and after Enrolment for change of student information.		

此表格可在 [www.schoolodental.gov.hk](http://www.schoolodental.gov.hk) 下載  
 請將填妥表格交回或傳真或寄回所屬學童牙科診所



## 用途聲明

### 收集資料的目的

1. 當衛生署向病人及顧客提供服務及進行其他有關活動時，由病人或顧客所提供的個人資料，會由衛生署用作核實身份供以下用途：
  - (a) 資格證明；
  - (b) 提供服務包括但不限於臨床診症、牙科工場服務、診症預約安排及通知約期和顧客關係事宜；
  - (c) 化驗結果/檢驗/診斷研究/治療的紀錄，作繼續照料或供其他專業醫療人員參考用；
  - (d) 同意進行特別治療/化驗；
  - (e) 跟進繳費事宜；
  - (f) 調查傳染病爆發；
  - (g) 就結核病或其他因公共衛生而須呈報/通知的疾病發出通知；
  - (h) 追查帶病者，以便跟進/治療；
  - (i) 登記/管理的記錄；
  - (j) 製備統計數字及會計報告、監察流行病、進行研究或教學用；及
  - (k) 審計用途。

個人資料的提供，出於自願。如果你不提供充份的資料，我們可能無法證明你是否符合資格獲得某項服務或活動，因而不能為你提供服務/協助；又或我們即使仍然提供該項服務或協助，你亦須按不符合資格人士須繳的收費率(通常較高)繳費。

### 接受轉介人的類別

2. 你所提供的個人資料，主要由本署內部使用，但亦可能於有所需時因以上第 1 段所列目的，向其他政府部門或有關人士披露。此外，資料只可於你同意作出該種披露或作出該種披露是《個人資料(私隱)條例》所允許的情況下，才向有關方面披露。

### 查閱個人資料

3. 根據《個人資料(私隱)條例》第 18 條及 22 條以及附表 1 第 6 原則所述，你有權查閱及修正個人資料，包括有權取得你於以上第 1 段所述情況下所提供的個人資料。應查閱資料要求而提供資料時，可能要徵收費用。

### 查詢

4. 有關所提供個人資料(包括查閱及修正資料)的查詢，應送交：  
香港灣仔皇后大道東 286 號麥理浩牙科中心地下 G8 室  
學童牙科保健服務 文書主任  
查詢電話：2892 2157 傳真：2575 8162