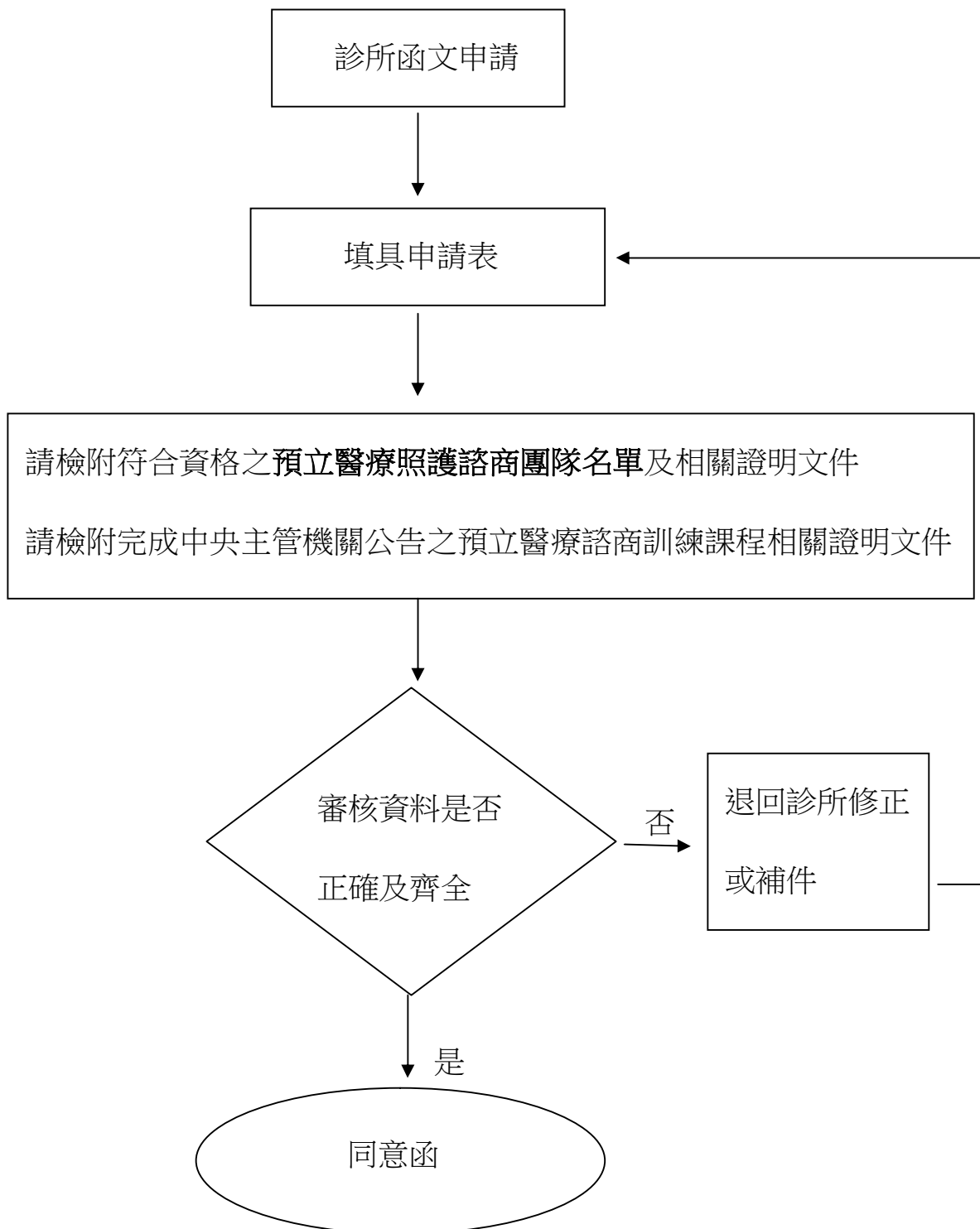


# 臺中市診所申請預立醫療照護諮商機構申請流程



# 臺中市診所申請預立醫療照護諮商機構申請表

申請診所名稱: \_\_\_\_\_

申請日期: 年 月 日

預立醫療照護諮詢團隊人員清單			
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"/> 具有專科醫師資格 專科類別: _____ ; 專科證書字號: _____ (請檢附證書影本)	<input type="checkbox"/> 已完成預立醫療照護諮商訓練 4 小時(請檢附受訓證明)
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 (請檢附證明文件)	<input type="checkbox"/> 已完成預立醫療照護諮商訓練 6 小時(請檢附受訓證明)
社工師/心理師		<input type="checkbox"/> 應有二年以上臨床實務經驗, 臨床實務年資: _____ 年 (請檢附證明文件)	<input type="checkbox"/> 已完成預立醫療照護諮商訓練 11 小時(請檢附受訓證明)

備註:

1. 護理師及社工/心理師可擇一。
2. 若申請衛生福利部方案，依規不可再向民眾收取醫療照護諮商費用；若非衛生福利部方案，收費請依本市西醫醫療機構收費表收費。預計收取費用：\_\_\_\_\_。

民眾公開資訊(衛生福利部會不定期將有開設 ACP 門診資訊公開於衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統，請協助填列下方資訊，若無則直接填無)

醫療機構網址或 FB	
機構地址	
聯絡電話(門診專線)	
核定收費標準(***元/時/人/次或同行 2 人以上收費方式) <b>本項若申請衛生福利部方案，依規不可再向民眾收取醫療照護諮商費用</b>	
中低收入戶補助金額或辦法	
機構諮詢網頁	