

活動參與同意書

一、相關基本資料

| | | | | |
|----|---------|----------------|-------|-------------------------------------------------------|
| 1. | 應用方案編號： | | | |
| 2. | 應用方案名稱： | 失智照護服務計畫 | | |
| 3. | 特約單位名稱： | 財團法人台灣老人急重症基金會 | | |
| 4. | 參與者姓名： | | 性別： | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 出生年月日： | 年 月 日 | 聯絡電話： | |
| | 通訊地址： | | | |

二、簡介

提供失智症個案照護及家庭照顧者支持之需求服務項目為主，如認知促進、緩和失智；安全看視；家屬支持團體(輔導諮商)；家屬照顧課程及其他創新服務等，並因地制宜安排服務活動。

三、費用負擔

參加本活動您不需負擔任何費用。

四、緊急狀況之處理

於__年__月__日至__月__日舉辦失智照護相關活動，明白活動中具有已認可的危險性，因此將配合特約單位緊急應變處理，活動期間中若發生任何意外事件，須自行負責，並遵守以下規劃：

- 1.請慎重考慮自我健康狀況及自身實力，如有心臟病、血管方面疾病者，請多加注意自身的保健，於活動期間若有身體不適，需主動告知活動指導/協助人員，不得逞強，以示尊重團隊精神。
- 2.安全第一，特約單位有權視參與人員之體能狀況與安全考量，調整參與活動的方式。
- 3.特約單位應設有緊急狀況應變流程與專人協助處理。

五、保護隱私與機密性：

- 1.對於您訪查的結果及診斷，將持保密的態度，小心維護您的隱私。
- 2.本次活動為衛生福利部之 106 年度「長期照顧十年計畫 2.0-預防及延緩失能照護計畫」辦理活動，衛生福利部有權使用本活動之錄影、相片及採訪文字，得以各種管道或印刷方式呈現授權內容之全部或部分並可公開發表，及著作法賦予著作人所擁有之權益，且可無須再通知或經由同意，但於公開發表時必須尊重個人形象並同意肖像權用於相關活動之宣傳與播放上。

六、聲明：

您已詳閱上述內容，並同意衛生福利部得於合理範圍內處理及使用您的個人資料，本同意書一式兩份，請參與者與特約單位妥善保存，供日後查驗。

| | | | |
|--------|--|-----------|-------|
| 活動參與者： | | 填寫日期： | 年 月 日 |
| 監護人： | | 與活動參與者關係： | |
| 連絡電話： | | | |
| 通訊地址： | | | |