連江縣 申請直昇機救護記錄-病危返鄉（空運安寧） 113.1.12 版

連江縣衛生局	連江縣立醫院急診室
聯絡人：李先生（0836）22095*8822 09125758000 曹科長（0836）22095*8820 傳真：(0836)22377、25024	電話：0836-23991 分機 2119 傳真.:.0836-25501
凌天航空股份有限公司	
受理緊急醫療轉送專線電話：0836-25001、0988-136-713 受理緊急醫療轉送專線傳真：0836-25209 醫療事務協調窗口：EMT：0928-027-925 行政事務協調窗口：楊民麗 0919-991-490	

＊ 依連江縣民眾空運安寧(息)返鄉交通費用補助自治條例
民眾應附證件、表單、附件：
一、醫療機構開具之病危通知單或診斷證明書(或死亡證明）。
二、病人及家屬(搭機人)身分證明文件及自負額 25,000 元整。

【本框列由申請人填寫】

申請人:＿＿＿＿＿＿ 電話：＿＿＿＿＿＿與病患關係：＿＿＿＿＿＿
病患姓名:＿＿＿＿＿＿出生年月日：＿＿＿＿＿＿ 身份証字號：＿＿＿＿＿＿
住址:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**聯絡**電話:＿＿＿＿＿＿＿＿
病因:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
申請航線:□南竿-台北□北竿-台北□東莒-台北□西莒-台北
□東引-台北□台北-南竿□台北-北竿□台北-東莒
□台北-西莒□台北-東引□台北-連江縣立醫院 □其他：
陪同家屬人員姓名：＿＿＿＿＿＿電話：＿＿＿＿＿＿

【本框列由受理(或醫療)單位填寫】

申　請　時　間:＿＿＿年＿＿月＿＿日　時　分
通報航空公司時間:　年　月　日　時　分
直昇機完成起飛時間:　年　月　日　時　分
申請單位: □南竿 □北竿 □東莒 □西莒 □東引
院　所　連　絡　人:　　電話：　　傳真:
陪同醫護人員姓名:　　電話：

【本框列由航空公司回覆】

直昇機起飛時間:　年　月　日　時　分
完　成　時　間：　年　月　日　時　分

欲搭載人員共＿＿＿＿人，名冊如下：

姓　　名	出生年月日	身分證字號	電　　話	身　分　別

申請醫院或衛生所

名　　稱	院長 （或院長授權人）	單位主管	醫　　師	聯絡電話

衛生局

單位名稱	局長 （或局長授權人）	主　管	承辦人	聯絡電話	通知時間
連江縣衛生局	陳美金	曹鳳雲	李振宇	0836-22095 分機8822	

申請處置情形

辦理單位	受理人員	科　　長	局　　長
醫政暨心衛科			
審核意見	§4：□事實發生於本縣 □設籍（含出生地或曾設籍）本縣之民眾。 §6：□檢具病危通知單 □檢具診斷證明書 □檢具死亡證明	□符合派遣規定 □不符合派遣規定	

中 華 民 國　　年　　月　　日

凌天航空公司搭機同意書

一、凌天航空股份有限公司(以下簡稱凌天航空)之聲明：

1. 執行飛航任務之機組員，在飛航期間均依照民航法等相關規定作業。
2. 病患及家屬皆同意由凌天航空救護人員及與本任務相關之醫療機構或醫護人員執行救護業務，凌天航空或醫療機構派遣人之隨機醫護人員均依緊急醫療救護法執行。
3. 在時間與環境許可下，儘可能告知搭機安全注意事項與緊急逃生程序；另不得攜帶氣體、易燃液體、易燃固體、爆炸品、毒性及感染性物質、氧化性物質及有機過氧化物、腐蝕性物質、放射線物質、其他危險物質和物品等不符合民航局規範之「組員及乘客可攜帶或託運之危險物品」規定物品。
4. 飛航期間如遭遇特殊飛航狀況（人員、天氣、機械、環境、其他），機長基於飛航安全之考量得為必要之緊急應變處置。
5. 飛航期間如發生意外事故，造成人員生命財產之損失，將依照凌天航空所辦理之保險辦理理賠。

二、搭機者之聲明：

1. 我已了解搭乘凌天航空專機的必要性，並願意依照凌天航空人員之指導行動。
2. 我已了解凌天航空有辦理專機搭乘人員團體保險，及專機第三人意外責任險。
3. 我已了解飛航期間，若遇意外事件造成生命財產(不含行李及個人隨身物品)之損失，凌天航空會主動協助辦理保險賠償範圍內之理賠事宜。
4. 我已了解病患之病況，在飛航期間或飛航前後，病情有發生變化之風險，隨機醫護將會盡全力穩定之，但病情變化仍可能無法控制或死亡，最終結果與凌天航空及本任務之醫療機構和隨機醫護人員無關。
5. 我已了解任務一經啟動(艙門關閉)，如因病患或隨行家屬之個人原因取消或不可抗力之因素改變降落地點時，已付之搭機費用不得請求退還或任何補償，更不得要求凌天航空負擔任何費用。
6. 我已了解且無攜帶不符規範之危險物品。如有隱瞞，私自攜帶上機，如發生任何影響飛安事件，肇致任務無法順利遂行，須承擔一切責任及賠償本公司因此造成之損害。

基於上述聲明，我同意搭機。

1. 病患簽名：_____ 身分證字號：_____ 生日：____年____月____日 體重：____公斤
   電　　話：_____ 戶籍地址：_____
2. 隨行家屬：_____ 身分證字號：_____ 生日：____年____月____日 體重：____公斤
3. 隨行醫護：_____ 身分證字號：_____ 生日：____年____月____日 體重：____公斤
   □醫師 □護理人員 □EMT2
4. 隨行醫護：_____ 身分證字號：_____ 生日：____年____月____日 體重：____公斤
   □醫師 □護理人員 □EMT2

中華民國____年____月____日____時____分

返鄉病患及家屬(搭機人)身分證明文件	
正面	反面
家屬證件	
正面	反面