



愛 · 同行

Caregiver Support Group 腦退化症患者家屬照顧者互助支援小組

目的

1. 教授腦退化症的知識及照顧技巧
2. 讓照顧者在照顧患者的旅程中結識同行者
3. 在小組保密的原則下，彼此分享樂與哀，互相鼓勵、支持和幫助
4. 結合知識傳遞及專業人士的輔導和支援，使照顧者有更佳的身心靈支援

內容

日期: 每月第三個星期六

時間: 上午9:30 - 11:00

形式: 互動討論、講座及分享

地點: 新界沙田亞公角街27號

賽馬會耆智園訓練中心

對象: 腦退化症患者之照顧者

(父母、配偶、兄弟姊妹、子女，或親屬)

名額: 30位

費用: 每位港幣\$360 (全期12節) (不設退款)

報名方法: 見下頁報名表格，不接受即場報名。

注意事項: 本小組只為家屬照顧者而設，恕不接受從事安老或腦退化症服務的職員及家傭報名。

請即
瀏覽



查詢電話: 2636-6323



《愛·同行》小組報名表格

請將支票或入數紙連同填妥之報名表格交回本園。

如於提交後兩星期仍未收到本園回覆，請主動致電 2636 6323 查詢。

2016 年	日期	互動討論主題
	16/1	腦退化症基本知識及辛酸有誰知
20/2	家居防跌	
19/3	從身心靈角度看腦退化症（一）：16 型人格與減壓	
16/4	衛生及健康飲食	
21/5	適合腦退化症患者的運動	
18/6	從身心靈角度看腦退化症（二）：九型人格與減壓	
16/7	他們的行為與情緒反應（一）	
20/8	不一樣的活動安排	
17/9	你開始了照顧計劃嗎？	
15/10	他們的行為與情緒反應（二）	
19/11	照顧計劃：家庭協作的重要	
17/12	醫生講座：長遠照顧計劃	

參加者中文姓名：_____ 聯絡電話：_____ 職業：_____

電郵：_____ 與患者的關係：_____ 照顧年期：_____

曾否參加此小組：有 否

繳費方式：

支票付款：請將抬頭寫上“耆智有限公司”或“PA Company Limited”的劃線支票寄回本園：
新界沙田亞公角街 27 號 A 座，並於支票背面清楚寫上參加者姓名。

支票號碼：_____ 銀行名稱：_____ 金額：_____

銀行轉帳：請將款項存入恆生銀行，戶口編號 290-070853-668。然後將入數紙(請寫上“愛同行小組”及參加者姓名)傳真至 2636 0323 或電郵至 training@jccpahk.com

我不希望將來收到有關耆智園的資訊及課程資料。

#如閣下之親屬現正接受本園服務，歡迎增加使用日間服務，以便閣下參加本小組。

請於活動前 2 星期申請，並得到本園服務經理確實通知後，便可使用。名額有限，先到先得。

暫托園友姓名：_____ 使用日間服務日期：_____