

牙醫診所(醫院)自費同意書(參考格式)

*基本資料

姓 名：

出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病歷號碼：

本人 _____ 因病情需求，經牙醫師詳細說明後所提供之醫療費用為健保未給付或不符合健保給付之規定。本人或家屬已確實瞭解，並同意下列醫療項目之費用須自費負擔。

※自費項目

品項名稱	單價	數量	金額	合計
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
總計：				元

※附註：

- 一、立同意書人，應由病人親自簽名；病人為未成年人或無法親自簽名者，得由其配偶、親屬、法定代理人或關係人代簽，並加具說明。
- 二、立同意書人非病人本人者『與病人之關係』欄應予填載。
- 三、立同意書人請務必詳閱其說明，如有任何疑問或需更進一步瞭解，請於簽具本同意書前，詳細詢問牙醫師。
- 四、本同意書一式兩份，一份由醫療機構保存，另一份交由病人收執。

立同意書人姓名：_____（簽章） 身分證統一編號：_____

與病人之關係：_____

聯 絡 電 話：_____ 手 機：_____

通 訊 地 址：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日