

悅庭牙醫診所

病患資料申請暨委託同意書

本人_____ (病人本人或其法定代理人)因無法親自至悅庭牙醫診所申請病歷相關資料，特委託_____君，代為向貴院申請下列病歷資料，受託人之行為視同本人行為，本人與受託人願負相關法律責任，與貴院無涉。

申請日期： 年 月 日

病人姓名		身份證字號		手機號碼		病歷號碼	
------	--	-------	--	------	--	------	--

申請用途	☐ 轉診 ☐ 出國 ☐ 保險核保 ☐ 保險理賠 ☐ 訴訟 ☐ 參考 ☐ 重大傷病申請 ☐ 其他_____
------	---

申請內容	就醫期間 (或日期)	份數
一、診斷證明書		
二、複印病歷料		
三、影像檢查光碟片或 X 光片		
四、其他 請說明：		

※診斷證明書100元/份，X光片列印100元/份，X光片、斷層掃描檔(光碟) 200/份

委託人(病人本人)：_____ (簽名) 授權日期：____年____月____日

※本受委託申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失。

受委託人姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號		與病人關係	
--------	--	------	-------------	-------	--	-------	--

聯絡地址	
------	--

聯絡電話	日() 夜() 手機號碼：
------	---------------------------------

領收人簽名：_____ 領件日期 ____年____月____日

承辦人：_____ (已核對受託人證件無誤)