

悅庭牙醫診所

病患資料申請暨本人同意書

本人_____ (病人本人)因無法親自至悅庭牙醫診所請領病歷相關資料，特以電子郵件方式向貴院請領下列病歷資料，申請人確實為本人親自申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失。

姓 名		出生 年月日		身份 證字 號		手機 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、就醫證明		
五、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

申請人指定E-mail：_____

申請人指定通訊軟體帳號(例如LINE ID)：_____

申請人指定郵寄地址：_____

本人(病人本人)：_____ (簽名) 申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

(未成年子女由法定代理人親簽)

※本院收到此同意書後，方可受理申請；申請文件受理後，將於七個工作天內交付。