

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

健 保	自 費	其 他

體外震波碎石治療病患切結書

病歷號碼： _____

本人 _____，性別 _____，_____年_____月_____日生。依據全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點規定，本人已充分瞭解相關作業程序及事前審查規定，本人保證同側結石於一個月內未曾於同一或不同醫療機構施行過體外電震波碎石治療。若經健保局審查有不符上述規定或事前審查不核准而不予給付時，需要時本人同意以完全自費方式施行體外電震波碎石治療。

立同意書人：

簽章

身分證統一編號：

住址：

電話：

證明人：

與病人關係：

中 華 民 國 年 月 日