

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
放射腫瘤科 電熱治療自費同意書

病人

病歷號:

因疾病願意接受電熱治療，電熱治療為自費項目，無健保給付。

關於下列使用之品項，其使用數量僅為預估使用量，實際費用依實際使用並以醫院電腦系統結算之金額計費，立同意書人親自閱覽後同意使用該治療項目並願意繳付費用絕無異議，恐口說無憑，特立此書為證。

品項種類/代碼	品項名稱	單價	預估數量	總價
00608H	電熱治療 Hyperthermia	15,000		

立同意書人簽名:

身分證字號:

與病人之關係: 本人 配偶 父母 兄弟姊妹 子女 電話:

日期：西元            年            月            日    時間:            時            分