

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資料影本，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，並由本人承擔一切責任。

申請日期： 年 月 日

病人姓名	身分證字號	電話	病歷號碼
------	-------	----	------

申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 保險核保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 重大傷病申請 <input type="checkbox"/> 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，並同意留存身分證正反面影本為憑。

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：_____ (已核對各項證件無誤)

證件黏貼

委託人身分證正面影本黏貼處	受託人身分證正面影本黏貼處
委託人身分證反面影本黏貼處	受託人身分證反面影本黏貼處