醫療器材試用同意書

屏東榮民總醫院

姓　名：　　性　　別：　　出生日期：

病 歷 號：　　申請科別：　　申請時間：

就醫序號：　　申請序號：

病人罹患_____疾病，經醫師_____詳細說明貴醫院現行所提供之植入性醫療器材，本人或家屬在經醫師解釋說明後，同意免費使用貴醫院下列試用階段之醫療器材（**該試用品項有衛生福利部核准字號，但尚未成為本院進用品項**）。

對以下所列項目，本人及家屬不得再向院方、衛生主管機關或相關單位，提出任何異議或請求。若因上述事項涉訟時，同意以臺灣橋頭地方法院為第一審管轄法院。恐口說無憑，特立此書為證。

＊ 試用項目：

醫療器材許可證字號	項目名稱	數量

此　　致　屏東榮民總醫院

與病人之關係：□本人 □配偶 □父母 □子女 □其他：_____

立同意書人：_____ 簽章　　電話：_____

西元　　年　　月　　日　　時　　分

附註：

一、 立同意書人，由病人親自簽具：病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶、親屬、法定代理人或關係人代簽，並加具說明。

二、 立同意書人非病人本人者，「與病人之關係」欄應予填載。

制訂單位：醫務企管部