

高雄榮民總醫院

【自費同意書】

病人：_____，性別：女男，_____年____月____日生，
經_____醫師解釋後，考量此次就診之病情需要，
願意自費施行「EB 病毒核醣核酸原位雜交測試」檢驗。需自
付金額新台幣 仟 佰 拾 元整。

（以上為健保局不給付之項目，經同意施行後不得要求健保局
或本院退費。）

立同意書人姓名：_____（簽章）

身份證字號：_____

住址：_____

電話：_____

與病人關係：_____

中 華 民 國 年 月 日