

自費同意書

病患姓名：

生日：

身分證號：

1. 我已經了解此項治療為健保不給付項目。
2. 我已經了解施行此項治療的步驟、風險、成功率之相關資訊。
3. 我了解這個治療可能是目前最適當的選擇，但是這個治療並無法保證一定能 100%達到預期效果。

本人_____經醫師_____說明已完全了解治療的內容以及所有必需的費用，並同意醫師施行此項健保不給付之治療。

特立此書為證

治療部位：

同意人簽名：

日期：

治療項目：_____

治療費用：_____元整

主治醫師：

日期：