病理切片暨病理資料送檢申請書

本人＿＿＿＿＿＿＿＿(病歷號＿＿＿＿＿＿＿＿，病理編號＿＿＿＿＿＿＿＿)，目前於由　貴院＿＿＿＿＿＿＿＿醫師負責治療，因病情、療程所需，請　貴院病理科將本人蠟塊送檢，進行KRAS基因突變檢驗。

此致

台南新樓 醫院

立同意書人：＿＿＿＿＿＿＿＿　　身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

與病人關係:□本人　□非本人，請說明：＿＿＿＿＿＿＿＿

中華民國　　年　　月　　日

備註：

1. 「立同意書人」欄應由病人親自簽具或用印；病人無法自行書寫但可表示意思者，得依民法第三條規定，以指印、十字或其他符號代簽名，但須在文件上另經二人簽名證明確實由本人以符號代簽。
2. 病人如未成年或無法表示意思者，得依醫療法第六十四條規定由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
3. 立同意書人非病人本人者，「與病人關係」欄應予填載與病人關係。
4. 台南新樓醫院病理科
   70142 台南市東門路一段57號6樓病理科，TEL:06-2748316 分機6060