

借調病理切片暨借閱病理檢查資料委託書

本人_____ (病人姓名)，曾在 貴院(_____ 醫院)診療(病歷號_____，病理編號_____)，目前於台南新樓醫院接受_____ 醫師治療，因病情、療程所需，茲委由台南新樓醫院病理科向 貴院借閱病理檢查資料及調借蠟塊進行 KRAS 基因突變檢驗，感謝您撥冗協助。

此蠟塊借出貴院後，本人自行承擔所有後續相關問題，特以此書面聲明以示負責。

此致

_____ 醫院 (欲借調資料的醫院)

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

以下由台南新樓醫院病理科填寫：

惠請准予借閱該病人於 貴院所做病理檢查之

H&E 切片及特殊染色切片(如有)

病理報告

組織蠟塊

片(含 tumor)組織空白片

台南新樓醫院病理科

_____ 醫師

70142 台南市東門路一段 57 號 6 樓病理科

電話:06-2748316-6060

傳真:06-2355007

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。