

## 診治計畫說明同意書

個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：  男  女

出生年月日： \_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 身分證字號： \_\_\_\_\_

有關您進行高雄市老人免費裝假牙篩檢，當時係依您的篩檢證明單之評估說明予以通過，在您裝假牙前；需依評估說明予以拔牙或拆除牙橋、牙冠。目前您的口腔狀況已改變，不適用之前的評估說明。診治計畫說明同意書是經醫師向您說明後，您同意變更為新的治療計畫，治療計畫如下：

---

---

請在簽名前再次與您的醫師充分討論，以維護您自身的權益，經醫師診治後，將為您裝置核定補助類別之假牙。

主治醫師：\_\_\_\_\_ 病患或家屬簽名：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日