附件1.

安徽省胸科医院特殊情形预交门诊费用的知情同意书

患者姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人因（急诊、急诊留观、门急诊手术、老年人等确有门急诊预交资金需求）需要，自愿预交门诊费用人民币：\_\_\_\_\_\_\_\_元。本人已充分了解国家及医院关于门诊预交金的管理规定，包括预交金的使用范围、退还政策等，承诺所提供的个人信息真实有效。

患者（或法定代理人）签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日