

## 百特腹膜透析腎友海外送貨申請單-個人-

腎友姓名：\_\_\_\_\_ 英文姓名：\_\_\_\_\_

所屬醫院：\_\_\_\_\_ 所屬醫院英文名稱：\_\_\_\_\_

主治醫師：\_\_\_\_\_ 主治醫師英文姓名：\_\_\_\_\_

前往國家/城市：\_\_\_\_\_ 透析液配送日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

要求國外配送之品項/數量：

		1.5L	2.0L	2.5L	5.0L	其他容量
Dianeal						
PD2 一般鈣	1.5%					
	2.5%					
	4.25%					
PD4 低鈣	1.5%					
	2.5%					
	4.25%					
Extraneal						
Nutrineal						

其他品項/數量： mini cap 箱、 其他：\_\_\_\_\_

送貨地址：\_\_\_\_\_

當地連絡人：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

預計停留期間： 短期停留(短於一個月)自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日~\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\* 長期居留自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起

備註：

本人願意負擔下列情形：

1. 要求緊急送貨(需緊急出發或於海外需緊急追加),所產生之費用須自行負擔。
2. 因個人因素無法前往,自行負擔已出貨之透析液。
3. 緊急返國,僅使用部份透析液,所剩餘之透析液,須自行負擔。
4. 腎友於海外需臨時追加透析液時,須自行負擔透析液之費用。

腎友簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

請與醫護人員討論後填寫，並傳真：(02)2739-1355 百特公司客服中心  
TEL：(02) 2378-0686

\* 長期居留之腎友僅須於申請第一次時簽名即可