

彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院

心臟節律器自付差額同意書

一式二聯，一聯由病人收執，一聯歸病歷留存

* 基本資料	
病人病歷號碼：_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病人姓名：_____	床 號：_____
病人出生日期：民國_____年_____月_____日	治療負責醫師：_____
護理/技術人員：_____	

醫師之聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項藥物/醫材之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施藥物/醫材之原因及治療方式
- 藥物/醫材可能副作用、適應症
- 另有藥物/醫材相關說明資訊，我並已交付病人；前開說明表單，名稱如「藥物/醫材項目及使用說明書明細表」

醫師簽名：_____

日期：民國_____年_____月_____日_____時_____分

病人之聲明

醫師已向我解釋在本次診療過程中會使用下列診療、藥品或材料，我也已收到有關這個藥物/醫材的使用說明資訊，瞭解施行這個藥物/醫材使用的作用、治療方式、副作用、適應症，並且我已經充分瞭解其健保給付及差額費用，同意自費負擔且日後不提出任何異議。

藥物/醫材項目及使用說明書明細表：

特材品名	特材代碼	醫院 單價 (A)	健保 給付價 (B)	差額 A-B	數量 C	保險對象 負擔費用 =C*(A-B)
Zephyr DDDR IMPLANTABLE CARDIAC PULSE ENERATOR 聖猷達神風植入式雙腔型心臟節律器	FHP02ZEDRUST	137,500	102,500	35,000		35,000
“SJM” DDDR Pacemaker Without Lead 聖猷達雙腔型心臟節律器	FHP02PM236ST	125,100	102,500	22,600		22,600
MEDTRONIC SENSIA PACING GENERATOR 美敦力賽亞心臟節律器 (SEDR01)	FHP02DDRSEM4	125,100	102,500	22,600		22,600
MEDTRONIC ADAPTA PACING GENERATOR 美敦力黛拉反應型心臟 節律器(ADDR01)	FHP02ADDRSM4	136,000	102,500	33,500		33,500



Advisa DR implantable pacemaker A5DR01 艾維莎植入式心臟節律器	FHP021A5DRM4	164,500	102,500	62,000		62,000
“SJM” ACCENT MRI PULSE GENERATOR 聖猷達艾森核磁共振心臟節律器-雙腔	FHP02MR224ST	157,500	102,500	55,000		55,000
Medtronic advisa DR MRI surescan implantable pacemaker 艾維莎核磁共振 植入式心臟節律器	FHP02A3DR1M4	164,500	102,500	62,000		62,000

本人瞭解就本件同意書所列各自費項目之金額，可能因急診(或急件)加成、價格變動等因素，而與批價時之金額有所不同，且數量可能因臨床狀況及病人需求有所增減，故前開各自費項目之實際金額，仍須以批價時之金額為準。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之_____

日期：民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證人 1 簽名：_____

日期：民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證人 2 簽名：_____

日期：民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

附註：

- 一、依據全民健康保險法第 39 條第 12 款：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品之費用，不在本保險給付範圍」之規定辦理。
- 二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 三、見證人簽署說明：
 1. 若病人、親屬或關係人意識清楚，但無法親自簽具者得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人當場見證並於見證人欄位簽署。見證人得依序由外包保全、院牧人員（牧師、關懷師）、社工人員簽署見證。
 2. 如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，見證人欄位得免填。

