

財團法人彰化基督教醫院雲林分院金屬對金屬介面人工髖關節醫材自付差額同意書

* 基本資料

病人病歷號碼 _____ 男 女
 病人姓名 _____ 床 號： _____
 病人出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 治療負責醫師： _____
 護理/技術人員 _____

患者係以全民健康保險身份就醫，現因醫療需要符合健保局規範之適應症及使用規範，經醫師詳細說明並充分了解後，自願使用較昂貴且未納入全民健康保險給付範圍之項目，為減少保險對象之負擔，由健保局支付部份金額（詳如下表），其餘同意由立同意書人負擔。

患者要求使用自付差額之自費治療項目為 衛材，其項目名稱：

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)
LARGE DIAMETER HEAD (LDH)TOTAL HIP SYSTEM 巨頭型高碳鋼金屬髖關節內襯	F-B-HPM-LDH01-Z1	116,513	42,513	74,000		

立同意書人願意自費負擔上列項目費用，以利醫療作業之進行；若因上述事項涉訟時，同意以台灣雲林地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權。

此致

財團法人彰化基督教醫院雲林分院

立同意書人簽名：

關係：病患之

立同意書人身份證字號：

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

附註：

- 一、上述須自行負擔費用為健保局支付之人工髖關節固定金額外超出之差額部分。
- 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、若病患本人為未成年者，須由法定代理人代簽。

