

健保保險對象使用自費特材同意書

病歷號碼:

姓名:

性別:

患者 係全民健康保險對象，於本院就醫期間因醫療需要，經醫療人員詳細說明健保內容並已充分瞭解，本人或家屬 自願自費使用未納入全民健康保險給付範圍之特殊材料，並同意繳費無異議。

一、自費使用原因：

- 已納入健保給付品項但不符健保給付規定
 健保不給付項目或已受理審核中項目

院內代碼/ 品項代碼	項目名稱	醫療器材/ 許可證字號	圖示	數量	單價
987318 987317 987316	凱西爾負壓輔助 癒合敷料	衛部醫器輸字第 025987 號			3060 3380 3530
987319-1	凱西爾訊息型負 壓輔助癒合治療 儀廢液罐	衛部醫器輸字第 026329 號			2380
987319	凱西爾活動型負 壓輔助癒合治療 儀廢液罐	衛部醫器輸字第 026330 號			2380
1.依據全民健保醫療辦法第 20 條：「保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第三十五條應自行負擔之住院費用第三十九條或四十一條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象」規定辦理。 2.相關自費項目金額以實際使用情形為主。					
◇健保特材療效			◇自費特材療效		
產品特性： 無			產品特性： 包紮傷口以進行負壓治療，加速傷口癒合		

<p>副作用： 無</p> <p>應注意事項： 無</p>	<p>副作用： 未正確使用時可能造成傷口出血，請立刻關閉。</p> <p>應注意事項： 同副作用注意事項</p>
---	--

立同意書人：

(簽章)與病人關係

立同意書人身分證號：

電話：

立同意書人住址：

告知醫師：

中華民國

年

月

日

健保保險對象使用自費特材同意書

病歷號碼:
姓名:
性別:

患者 係全民健康保險對象，於本院就醫期間因醫療需要，經醫療人員詳細說明健保內容並已充分瞭解，本人或家屬 自願自費使用未納入全民健康保險給付範圍之特殊材料，並同意繳費無異議。

二、自費使用原因：

- 已納入健保給付品項但不符健保給付規定
- 健保不給付項目或已受理審核中項目

院內代碼/ 品項代碼	項目名稱	醫療器材/ 許可證字號	圖示	數量	金額
987316 987317 987318	凱西爾負壓輔助 癒合敷料	衛部醫器輸字第 025987 號			3060 3380 3580
987319-1	凱西爾訊息型負 壓輔助癒合治療 儀廢液罐	衛部醫器輸字第 026329 號			2380
987319	凱西爾活動型負 壓輔助癒合治療 儀廢液罐	衛部醫器輸字第 026330 號			2380

1.依據全民健保醫療辦法第 20 條：「保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第三十五條應自行負擔之住院費用第三十九條或四十一條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象」規定辦理。

2.相關自費項目金額以實際使用情形為主。

◇健保特材療效	◇自費特材療效
<p>產品特性：</p> <p>無</p>	<p>產品特性：</p> <p>包紮傷口以進行負壓治療，加速傷口癒合</p>

<p>副作用： 無</p> <p>應注意事項： 無</p>	<p>副作用： 未正確使用時可能造成傷口出血，請立刻關閉。</p> <p>應注意事項： 同副作用注意事項</p>
---	--

立同意書人：

(簽章)與病人關係

立同意書人身分證號：

電話：

立同意書人住址：

告知醫師：

中華民國

年

月

日