

* 基本資料

病歷號碼：_____ 男 女
 姓名：_____ 床號：_____
 出生日期：民國_____年_____月_____日

醫師之聲明

我已經儘量以病人(受檢者)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(受檢者)；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(受檢者)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)
"愛爾康"可舒銳視妥智慧型非球面多焦點軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNMULT0A1	62,744	2,744	60,000		
"蘭斯特克"福來視人工水晶體:多焦點軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNMULT1LS	48,000	2,744	45,256		
"愛爾康"可舒銳視妥智慧型非球面多焦點軟式人工水晶體(可濾部分藍光):多焦點軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNMULT2A1	62,744	2,744	60,000		
"眼力健"添視明單片型多焦點人工水晶體:多焦點軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNMULT3A2	62,744	2,744	60,000		
"愛爾康"可舒視爾特智慧型非球面多焦點散光矯正單片型軟式人工水晶體(可濾部分藍光)(自付差額)	FALSNMULTTA1	94,744	2,744	92,000		
"愛爾康"可舒視爾特智慧型非球面多焦點散光矯正單片型軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNMULTVA1	92,000	2,744	89,256		
"眼力健"添視明散光矯正單片型折疊式人工水晶體:散光非球面軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNTORC1A2	47,744	2,744	45,000		

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)
"愛爾康"可舒智慧型妥瑞明非球面散光矯正單片型軟式人工水晶體(可濾部分藍光)(自付差額)	FALSNTORC2A1	47,000	2,744	44,256		
"銳能"散光非球面人工水晶體(自付差額)	FALSNTORCARY	47,744	2,744	45,000		
"麥德仁"眉特視人工水晶體:非球面變色(自付差額)	FALSNEWAVE13Q	40,300	2,744	37,556		
"愛爾康"可舒愛視明智慧型非球面單片型軟式人工水晶體(可濾部分藍光):非球面軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNEWAVE1A1	32,744	2,744	30,000		
"蘭斯特克"人工水晶體:非球面軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNEWAVE1LS	30,744	2,744	28,000		
"銳能"非球面推注式人工水晶體系統:非球面軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNEWAVE1RY	31,894	2,744	29,150		
"眼力健"添視明折疊式人工水晶體:非球面軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNEWAVE2A2	30,000	2,744	27,256		
"銳能"進階推注式非球面人工水晶體系統(自付差額)	FALSNEWAVE3RY	38,400	2,744	35,656		
"眼力健"添視明單片型摺疊式人工水晶體:非球面軟式人工水晶體(自付差額)	FALSNEWAVE4A2	32,744	2,744	30,000		

註一：就本件同意書所列各自費項目之金額，可能因**加成項目(如急診、急件、兒童加成..)**、價格變動等因素，而與批價時之金額有所不同，故前開各自費項目之實際金額，仍須以批價時之金額為準。

註二：類別為預開者，實際使用數量則將依病人(受檢者)病情所需，選擇適當之醫療衛材予以治療。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人(受檢者)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、立同意書人非病人(受檢者)本人者，「與病人(受檢者)之關係欄」應予填載與病人(受檢者)之關係。

二、見證人簽署說明：

1. 若病人(受檢者)、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(受檢者)、親屬或關係人簽署本同意書，見證人欄位得免填。

三、執行手術、麻醉及其他侵入性治療及檢查，主治醫師或執行醫師會於手術處置前，徵得病人(受檢者)(或其他有同意權人)同意並另提供知情同意書供簽署，一式兩聯，一聯交由病人(受檢者)留存，一聯留存於病歷中。

