

## 漢銘醫院陶瓷人工髖關節醫材自付差額同意書

* 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_____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)
CERAMIC TOTAL HIP SYSTEM 陶瓷全人工髖關節置換組(INSERT+HEAD)	F-B-HPC-CERA1-S2	106,896	39,396	67,500		
CERAMIC BIPOLAR HIP SYSTEM 陶瓷半人工髖關節置換組(HEAD)	F-B-HBC-CERA1-S2	59,195	35,195	24,000		
CERAMIC REVISION HIP SYSTEM 再置換型陶瓷全人工髖關節(INSERT+HEAD)	F-B-HRC-CERA1-S2	120,296	52,796	67,500		
REVISION BIOLOX DELTA IT HIP 重建型百優螺釘固定式陶瓷全人工髖關節	F-B-HRC-CERA3-Z1	157,815	52,796	105,019		
Biolox Total Hip System (CERAMIC)百優螺釘固定式陶瓷全人工髖關節	F-B-HPC-CERA3-Z1	139,396	39,396	100,000		
Trident poly acetabular ceramic head 陶瓷股骨頭	F-B-HHC-CERA2-S2	48,452	4,352	44,100		

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，同意以台灣彰化地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權。

此致

漢銘醫院

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。

7700-9501

8.5\*11” 1x100x10 本 95.01 印刷室



病歷編號：4-14-7