**附件8**

**國軍高雄總醫院自費衛材說明書暨同意書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **健保署核準自費碼：** | **院內碼：** | **使用科別：** |
| 中文品名： | | |
| 英文品名： | | |
| 醫療器材許可證字號： | | |
| 一、產品特性與描述 | | |
| 二、適應症 | | |
| 三、應注意事項 | | |
| 四、副作用（不可空白） | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 五、與健保給付品項或治療方式之療效比較 | | |
| **現有健保品項或健保治療方式** | **健保碼**  **(無健保碼免填)** | **自費療效與現有健保品項或**  **健保治療方式差異說明** |
|  |  |  |

六、本次治療使用數量與金額說明

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特材單價 | 使用數量 | 自費總金額（特材單價X使用數量） |
| 元 |  | 元 |

|  |
| --- |
| 本人經上述說明已充分了解該特殊材料費用為全民健保不給付，並同意使用自費衛材，相關費用同意自行負擔  病患姓名：  立同意書人： 與病患關係：  住址： 電話：  簽署日期： 年 月 日 時 分 |