

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50260012/<br>FALSNMULT4A1 | 遠中近三焦點散光及老花矯正...                                                                                                                                                                                                                                          | 118800    | 2744   | 116056   |  |
| 產品特性                      | 本產品為可矯正散光同時過率紫外線及藍光的軟式可折疊多焦點人工水晶體。此 IOL 具雙凸面型視盤，其前端表面包含非球面設計及繞射結構，可將入射光分離，因此可提供遠、中、近範圍的視力。並含可過濾藍光的發色團，可模擬人類的水晶體。                                                                                                                                          |           |        |          |  |
| 應注意事項                     | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、前房過窄、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                         |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：水晶體異位、發炎、角膜內皮損傷、角膜水腫。                                                                                                                                                                                                        |           |        |          |  |
| 自費使用原因                    | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付品項之療效比較說明            | 提供多焦點散光及老花矯正增加脫鏡率。<br>並可過濾紫外線和部分藍光。前端表面設計為負球面像差，以代償角膜的正球面像差。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |

# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼：999 科別／床（診）號： 1 身份證字號： 1

出生日期： 34/ / ，因罹患 疾病，經醫師：

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：1/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價     | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|--------|------------|--------------|----|--------------|
| 50260012/<br>FALSNMULT4A1 | 遠中近三<br>焦點散光 | 衛部醫器輸字<br>第03062 | 118800 | 2744       | 116056       | 1  | 116056       |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。

全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：-- --                |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50260013/<br>FALSNMULTVA1 | 智慧型非球面多焦點散光矯正...                                                                                                                                                                                                                                          | 91500     | 2744   | 88756    |  |
| 產品<br>特性                  | 主要用於矯正無晶體患者視力，以及矯正散光及因白內障移除水晶體之成人視力，減低遠、中、近距離視力時對眼鏡的依賴。                                                                                                                                                                                                   |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、前房過窄、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                         |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：水晶體異位、發炎、角膜內皮損傷、角膜水腫。                                                                                                                                                                                                        |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 提供散光及老花矯正增加脫鏡率。並可過濾紫外線和部分藍光。前端表面設計為負球面像差，以代償角膜的正球面像差。                                                                                                                                                                                                     |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上



# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼：99 科別／床（診）號： 1 身份證字號：\_\_\_\_\_

出生日期：34 因罹患： 疾病，經醫師 \_\_\_\_\_

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：2/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50260013/<br>FALSNMULTVA1 | 智慧型非<br>球面多焦 | 衛部醫器輸字<br>第02579 | 91500 | 2744       | 88756        | 1  | 88756        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人：\_\_\_\_\_ 簽章 身份證字號：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：\_\_\_\_\_

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。

全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：1  |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261003/<br>FALSNSERVTA2 | 眼力健添視明新視延散光矯正...                                                                                                                                                                                                                                          | 96600     | 2744   | 93856    |  |
| 產品<br>特性                  | 1. 矯正散光後，讓術後視力更清晰。2. 視野延伸型人工水晶體。3. 專利繞射光學設計，可延伸中、近距離視力，並矯正角膜色散讓視覺更銳利清晰、色彩較不失真。4. 可同時矯正散光、老花、近視或遠視，降低對眼鏡依賴程度。5. 有較佳的暗光視力表現。6. 有紫外線過濾功能(抗UV)。                                                                                                               |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、前房過窄、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                         |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：水晶體異位、發炎、角膜內皮損傷、角膜水腫                                                                                                                                                                                                         |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上

# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼： 科別／床（診）號： 身份證字號：

出生日期： ，因罹患： 疾病，經醫師：

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：3/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261003/<br>FALSNSERVTA2 | 眼力健添<br>視明新視 | 衛署醫器輸字<br>第02694 | 96600 | 2744       | 93856        | 1  | 93856        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。



全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：I  |  |
| 出生日期：I                    |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261015/<br>FALSNWAVE1A1 | (N)非球面單片型軟式人工...                                                                                                                                                                                                                                          | 28800     | 2744   | 26056    |  |
| 產品<br>特性                  | 本產品為可同時過率紫外線及藍光的軟式可折疊人工水晶體。具雙凸面型視盤，其前端表面包含非球面設計並含可過濾藍光的發色團，可模擬人類的水晶體。                                                                                                                                                                                     |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：<br>晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 可過濾紫外線和部分藍光。 前端表面設計為負球面像差，以代償角膜的正球面像差                                                                                                                                                                                                                     |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上

# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼：( )8 科別／床（診）號： 1 身份證字號： 7

出生日期： ，因罹患 疾病，經醫師

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：4/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261015/<br>FALSNWAVE1A1 | (N)非<br>球面單片 | 衛署醫器輸字<br>第01246 | 28800 | 2744       | 26056        | 1  | 26056        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。



# 全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261019/<br>FALSNWAVE4A2 | (N)非球面透明單片型人工...                                                                                                                                                                                                                                          | 29400     | 2744   | 26656    |  |
| 產品<br>特性                  | 1. 可提升視覺對比清晰度，影像不易扭曲變形，也提升夜間駕車以及暗光下活動的安全性。 2. 採低色散+抗紫外線(UV) 高透光材質，提高暗光或夜間視力表現。3. 360度環繞方邊屏障，預防二次白內障再發。 4. 晶體光學部邊緣經磨砂處理，降低潛在的邊緣眩光效應。                                                                                                                       |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目： 晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 目前無健保相同品項                                                                                                                                                                                                                                                 |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上

# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼： 科別／床（診）號： 1 身份證字號： 1

出生日期： ，因罹患 疾病，經醫師

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：5/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261019/<br>FALSNWAVE4A2 | (N)非<br>球面透明 | 衛署醫器輸字<br>第01932 | 29400 | 2744       | 26656        | 1  | 26656        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。

全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261021/<br>FALSNMULT3A2 | 多焦點透明單片型人工水晶體...                                                                                                                                                                                                                                          | 59500     | 2744   | 56756    |  |
| 產品<br>特性                  | 1. 可矯正老花、近視或遠視，降低對眼鏡的依賴程度，提升方便性。 2.<br>全光學面繞射設計(全天候多焦設計)，讓視力表現較不受亮暗環境影響。<br>3. 非球面+低色散抗紫外線(UV) 的高透光材質，提升整體視覺清晰度。<br>4. 360度環繞方邊屏障，有效預防二次白內障再發。                                                                                                            |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                               |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 目前無健保相同品項                                                                                                                                                                                                                                                 |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上



# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼： 科別／床（診）號： 1 身份證字號： 7

出生日期： ，因罹患 疾病，經醫師

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：6/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261021/<br>FALSNMULT3A2 | 多焦點透<br>明單片型 | 衛署醫器輸字<br>第02106 | 59500 | 2744       | 56756        | 1  | 56756        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。

# 全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261022/<br>FALSNT0RC2A1 | (N)散光矯正單片型軟式人...                                                                                                                                                                                                                                          | 44550     | 2744   | 41806    |  |
| 產品<br>特性                  | 本產品為可同時過率紫外線及藍光的軟式可折疊散光矯正人工水晶體。此人工水晶體具雙凸面型視盤，其前端表面包含非球面設計並含可過濾藍光的發色團，可模擬人類的水晶體。                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：<br>晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 可過濾紫外線和部分藍光以及散光矯正。 前端表面設計為負球面像差，以代償角膜的正球面像差                                                                                                                                                                                                               |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上

# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼：\_\_\_\_\_ 科別／床（診）號：\_\_\_\_\_ [身份證字號：\_\_\_\_\_]  
 出生日期：\_\_\_\_\_, 因罹患\_\_\_\_\_, 疾病，經醫師\_\_\_\_\_

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：7/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261022/<br>FALSNT0RC2A1 | (N)散<br>光矯正單 | 衛署醫器輸字<br>第02048 | 44550 | 2744       | 41806        | 1  | 41806        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人：\_\_\_\_\_ 簽章 身份證字號：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：\_\_\_\_\_

參、附注：

- 一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。
- 二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。



# 全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診(床)號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261023/<br>FALSNMULT2A1 | 非球面多焦點單片型軟式人工...                                                                                                                                                                                                                                          | 58800     | 2744   | 56056    |  |
| 產品<br>特性                  | 本產品為可同時過率紫外線及藍光的軟式可折疊多焦點人工水晶體。此人工水晶體具雙凸面型視盤，其前端表面包含非球面設計及繞射結構，可將入射光分離，因此可提供遠、中、近範圍的視力。並含可過濾藍光的發色團，可模擬人類的水晶體。                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：<br>晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 提供多焦點老花矯正增加脫鏡率。<br>並可過濾紫外線和部分藍光。 前端表面設計為負球面像差，以代償角膜的正球面像差                                                                                                                                                                                                 |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上

# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼：9 科別／床（診）號： 身份證字號： 7  
 出生日期： ，因罹患 疾病，經醫師

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：8/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261023/<br>FALSNMULT2A1 | 非球面多<br>焦點單片 | 衛署醫器輸字<br>第02042 | 58800 | 2744       | 56056        | 1  | 56056        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：            |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號：5001/21 |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價               | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261025/<br>FALSNMULTTA1 | 非球面多焦點散光矯正單片式...                                                                                                                                                                                                                                          | 92700            | 2744   | 89956    |  |
| 產品特性                      | 本產品為可同時過率紫外線及藍光的軟式可折疊多焦點散光矯正人工水晶體。此人工水晶體具雙凸面型視盤，其前端表面包含非球面設計及繞射結構，可將入射光分離，因此可提供遠、中、近範圍的視力。並含可過濾藍光的發色團，可模擬人類的水晶體。                                                                                                                                          |                  |        |          |  |
| 應注意事項                     | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |                  |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：<br>晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                           |                  |        |          |  |
| 自費使用原因                    | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |                  |        |          |  |
| 與健保給付品項之療效比較說明            | 提供多焦點老花及散光矯正增加脫鏡率。<br>並可過濾紫外線和部分藍光。 前端表面設計為負球面像差，以代償角膜的正球面像差                                                                                                                                                                                              |                  |        |          |  |



# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

7

病患姓名：★測試八 病歷號碼： 科別／床（診）號： 身份證字號：  
 出生日期： 因罹患： 疾病，經醫師：

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：9/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261025/<br>FALSNMULTTA1 | 非球面多<br>焦點散光 | 衛署醫器輸字<br>第02360 | 92700 | 2744       | 89956        | 1  | 89956        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。

# 全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261026/<br>FALSNTORC1A2 | 散光矯正單片型軟式人工水晶...                                                                                                                                                                                                                                          | 47560     | 2744   | 44816    |  |
| 產品<br>特性                  | 1. 矯正散光後，讓術後視力更清晰。 2. 非球面設計，可提升視覺對比清晰度，影像不易扭曲變形，也提升夜間駕車以及暗光下活動的安全性。 3. 採低色散+抗紫外線(UV) 高透光材質，提高暗光或夜間視力表現。 4. 360度環繞方邊屏障，有效預防二次白內障再發。 5. 晶體光學部邊緣經處理，降低潛在的邊緣眩光效應。                                                                                             |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                               |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 目前無健保相同品項                                                                                                                                                                                                                                                 |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上

# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼：9 科別／床（診）號： 1 身份證字號： 7

出生日期： 2000/00/00，因罹患： 疾病，經醫師蔡東原

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：10/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261026/<br>FALSNTORC1A2 | 散光矯正<br>單片型軟 | 衛署醫器輸字<br>第02315 | 47560 | 2744       | 44816        | 1  | 44816        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。



# 全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261027/<br>FALSNMULT4A2 | 非球面多焦點散光矯正單片式...                                                                                                                                                                                                                                          | 92000     | 2744   | 89256    |  |
| 產品<br>特性                  | 1. 矯正散光後，讓術後視力更清晰。 2. 同時矯正老花、近視或遠視外並降低對眼鏡的依賴程度，提升方便性。 3. 全光學面繞射設計(全天候多焦設計)，讓視力表現較不受亮暗環境影響。 4. 非球面+低色散抗紫外線(UV)的高透光材質，提升整體視覺清晰度。 5. 360度環繞方邊屏障，有效預防二次白內障再發。                                                                                                 |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                               |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 目前無健保相同品項                                                                                                                                                                                                                                                 |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上

# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼： 科別／床（診）號： 身份證字號： 1

出生日期： ，因罹患 疾病，經醫師

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：11/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261027/<br>FALSNMULT4A2 | 非球面多<br>焦點散光 | 衛署醫器輸字<br>第02479 | 92000 | 2744       | 89256        | 1  | 89256        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人： 簽章 身份證字號：

通訊地址：

戶籍地址：

電話：

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。

全民健康保險病患自費同意書說明

高雄市立聯合醫院

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--|
| 病患姓名：★測試八                 |                                                                                                                                                                                                                                                           | 病歷號碼：     |        | 身分證字號：   |  |
| 出生日期：                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 科別/診（床）號： |        |          |  |
| 自費醫療項目說明：                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |        |          |  |
| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱                                                                                                                                                                                                                                                      | 單價        | 健保給付上限 | 保險對象自付金額 |  |
| 50261028/<br>FALSNSERV1A2 | (N)全焦點單片型人工水晶...                                                                                                                                                                                                                                          | 79500     | 2744   | 76756    |  |
| 產品<br>特性                  | 1. 通過美國FDA與歐盟CE雙認證的視野延伸型人工水晶體。 2. 專利繞射光學設計，可延伸中、近距離視力，並矯正角膜色散讓視覺更銳利清晰、色彩較不失真。 3. 可同時矯正老花、近視或遠視，降低對眼鏡依賴程度。 4. 可降低夜間光學干擾的情況，有較佳的暗光視力表現。 5. 有紫外線過濾功能(抗UV)。                                                                                                   |           |        |          |  |
| 應注意<br>事項                 | 對某些病人不適合裝置人工水晶體，包含脈絡膜出血、後囊破裂、小眼症、增生性糖尿病視網膜病變等嚴重的眼疾，應在術前仔細評估。                                                                                                                                                                                              |           |        |          |  |
| 副作用                       | 白內障手術或植入手術可能引發的併發症包括但不限於以下項目：晶狀體上皮細胞生長、角膜內皮損傷、感染(眼內炎)、視網膜剝離、玻璃體炎、黃斑囊樣水腫、角膜水腫、瞳孔阻斷、睫狀體炎性假膜、虹膜脫垂、前房積膿、短暫或持續性青光眼，以及需要再次接受手術介入。                                                                                                                               |           |        |          |  |
| 自費使用<br>原因                | <input checked="" type="checkbox"/> 病患自行要求或自願使用昂貴藥品或材料項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目<br><input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者<br><input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者<br><input type="checkbox"/> 其他原因 |           |        |          |  |
| 與健保給付<br>品項之療效<br>比較說明    | 目前無健保相同品項                                                                                                                                                                                                                                                 |           |        |          |  |

本同意書請黏貼在病歷上



# 全民健康保險對象使用自費特材同意書

病患姓名：★測試八 病歷號碼：\_\_\_\_\_ 科別／床（診）號：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_，因罹患\_\_\_\_\_，疾病，經醫師\_\_\_\_\_

詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，均有相關給付規範，但本人或家屬經醫師說明後，仍同意使用健保給付規範以外之藥品、材料、檢查、治療(含處置及手術)...等，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用之原因，而需自行負擔此項費用。對此費用，本人及家屬不得再向貴院或健保局及有關單位提出任何異議或要求退費。

若因前述事項涉訟時，同意以台灣高雄地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權，為免口說無憑，特立此書為證。

壹、自費醫療項目：

頁次：12/38

| 院內代碼/<br>品項代碼             | 品項名稱         | 醫療器材<br>許可證字號    | 單價    | 健保給付<br>上限 | 保險對象<br>自付金額 | 數量 | 保險對象<br>自付總額 |
|---------------------------|--------------|------------------|-------|------------|--------------|----|--------------|
| 50261028/<br>FALSNSERV1A2 | (N)全<br>焦點單片 | 衛署醫器輸字<br>第02694 | 79500 | 2744       | 76756        | 1  | 76756        |

貳、立同意書人基本資料：

立同意書人：\_\_\_\_\_ 簽章 身份證字號：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

與病患關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：\_\_\_\_\_

參、附注：

一、本同意書，由病患親自簽具，倘病患為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶，親屬，法定代理人或關係人代簽，並於[與病患之關係]欄填具說明。

二、經攜回之自費材料或藥品，因保存條件、方法無法保證，可能將影響品質或藥效，因此不再予以辦理退費或退藥，俾確保病患之相關權益及用藥安全。