

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/ 品項代碼	品項名稱	單價	健保給付上限	保險對象自付金額	
61000029/ FHP02A3DR1M4	核磁共振心臟節律器(雙腔)...	138000	93833	44167	
產品特性	本產品為雙腔植入式心臟節律器，可監測並調控病患的心跳速率，並依活動程度調節心跳速度。可提供緩脈節律與心房頻率心律不整治療。Optivol功能可監測體內體液容積。此節律器屬SureScan心臟節律系統，可使用於核磁共振1.5T及3.0T功率。				
應注意事項	進行MRI掃描前，請參閱Medtronic MRI技術手冊，了解MRI相關警語及注意事項。植入期間應保持電絕緣，漏電可能引起頻脈心律不整。				
副作用	使用經靜脈導線與節律系統可能引發的不良事件包括：頻脈心律不整、出血、心包填塞、空氣栓塞、心內膜炎、心臟壁或靜脈壁破裂、感染、氣胸等。				
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 <input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目 <input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者 <input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者 <input type="checkbox"/> 其他原因				
與健保給付品項之療效比較說明	健保給付品項無速度調節功能，且不可進行核磁共振掃描，可能會有導線產熱或節律器電重置的風險。				

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：13/38

院內代碼/ 品項代碼	品項名稱	醫療器材 許可證字號	單價	健保給付 上限	保險對象 自付金額	數量	保險對象 自付總額
61000029/ FHP02A3DR1M4	核磁共振 心臟節律	衛署醫器輸字 第02311	138000	93833	44167	1	44167

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/ 品項代碼	品項名稱	單價	健保給付上限	保險對象自付金額	
61000034/ FHP02MR72MST	核磁共振心臟節律器(雙腔)...	138000	93833	44167	
產品特性	獨家具射頻遙控功能的單/雙腔核磁共振節律器，2.可接受核磁共振全身掃描及承受最高的檢查能量(4W/Kg)3具獨家射頻遙控功能之外並內建預防心衰竭之肺水腫觀測警示				
應注意事項	進行MRI掃描前，請參閱雅培 MRI技術手冊，了解MRI相關警語及注意事項。植入期間應保持電絕緣，漏電可能引起頻脈心律不整。				
副作用	可能之併發症有注射處血腫、動脈穿刺、危險性心律不整、氣胸、血胸、肺栓塞、導線位置不良、心臟破裂、局部或全身感染。				
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 <input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目 <input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者 <input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者 <input type="checkbox"/> 其他原因				
與健保給付品項之療效比較說明	1.具感應活動量並自動調整心律之功能；2.可以在核磁共振的環境中有條件的安全使用的節律器；3.可接受全身核磁共振掃描及承受較高的檢查能量(4 W/Kg)；4.產品皆具獨家射頻遙控功能，利用醫師縫合傷口的時間即可無線檢測導線裝置條件與傳輸設定，縮短裝機時間並確保病患安全。				

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：_____ 上身份證字號：_____

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：14/38

院內代碼/ 品項代碼	品項名稱	醫療器材 許可證字號	單價	健保給付 上限	保險對象 自付金額	數量	保險對象 自付總額
61000034/ FHP02MR72MST	核磁共振 心臟節律	衛部醫器輸字 第02658	138000	93833	44167	1	44167

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/ 品項代碼	品項名稱	單價	健保給付上限	保險對象自付金額	
61000040/ FHP02EN1DRM4	核磁共振心臟節律器(雙腔)...	128400	93833	34567	
產品特性	本產品為雙腔植入式心臟節律器，可監測並調控病患的心跳速率，並依活動程度調節心跳速度。此節律器屬SureScan心臟節律系統，可使用於核磁共振1.5T及3.0T功率。				
應注意事項	進行MRI掃描前，請參閱Medtronic MRI技術手冊，了解MRI相關警語及注意事項。植入期間應保持電絕緣，漏電可能引起頻脈心律不整。				
副作用	使用經靜脈導線與節律系統可能引發的不良事件包括：頻脈心律不整、出血、心包填塞、空氣栓塞、心內膜炎、心臟壁或靜脈壁破裂、感染、氣胸等。				
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 <input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目 <input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者 <input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者 <input type="checkbox"/> 其他原因				
與健保給付品項之療效比較說明	健保給付品項無速度調節功能，且不可進行核磁共振掃描，可能會有導線產熱或節律器電重置的風險。				

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：_____ 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：15/38

院內代碼/ 品項代碼	品項名稱	醫療器材 許可證字號	單價	健保給付 上限	保險對象 自付金額	數量	保險對象 自付總額
61000040/ FHP02EN1DRM4	核磁共振 心臟節律	衛署醫器輸字	128400	93833	34567	1	34567

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/ 品項代碼	品項名稱	單價	健保給付上限	保險對象自付金額	
61000045/ FHP02MR62UST	核磁共振心臟節律器 - 無...	126500	93833	32667	
產品特性	獨家具射頻遙控功能的單/雙腔核磁共振節律器，2.可接受核磁共振全身掃描及承受最高的檢查能量(4W/Kg)				
應注意事項	進行MRI掃描前，請參閱雅培 MRI技術手冊，了解MRI相關警語及注意事項。植入期間應保持電絕緣，漏電可能引起頻脈心律不整。				
副作用	可能之併發症有注射處血腫、動脈穿刺、危險性心律不整、氣胸、血胸、肺栓塞、導線位置不良、心臟破裂、局部或全身感染。				
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 <input checked="" type="checkbox"/> 健保不給付或已受理審核中項目 <input checked="" type="checkbox"/> 事前審查不同意者 <input checked="" type="checkbox"/> 其適應症或報告數值不符保險給付規定者 <input type="checkbox"/> 其他原因				
與健保給付品項之療效比較說明	1.具感應活動量並自動調整心律之功能；2.可以在核磁共振的環境中有條件的安全使用的節律器；3.可接受全身核磁共振掃描及承受較高的檢查能量(4 W/Kg)；4				

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：16/38

院內代碼/ 品項代碼	品項名稱	醫療器材 許可證字號	單價	健保給付 上限	保險對象 自付金額	數量	保險對象 自付總額
61000045/ FHP02MR62UST	核磁共振 心臟節律	衛部醫器輸字 第02744	126500	93833	32667	1	32667

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。