山东省公共卫生临床中心

使用100%自费（药品/诊疗项目/医用耗材/服务设施）告知同意书

姓 名 科 室 住院号

尊敬的患者、患者家属或患者法定监护人、授权委托人：

根据有关规定，下列药品/耗材/诊疗项目/服务设施不属于基本医疗保险报销范围，此种药品/耗材/诊疗项目/服务设施费用须由患者个人自付费用。患方可以选择是否使用此种自费药品/材料/诊疗项目/服务设施。有关此种药品/耗材/诊疗项目/服务设施需要患者个人承担费用的情况，医师或者护士已经向患者详细告知。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 签署日期 | 项目名称 | 患方意见  （填写同意/不同意） | 患者/授权委托人/法定监护人签名 | 医师/护士签名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |