**山东省公共卫生临床中心**

**使用医保外付费项目知情同意书**

患者姓名： 性别： 年龄： 科室： 病案号：

|  |
| --- |
| **医方告知** 根据有关规定，下列药品/材料/诊疗项目/服务设施等不属于或者部分不属于公费医疗、大病统筹、社会基本医疗保险等报销范围，需由患者个人承担。患者可以自主选择是否使用。 |
| ↵医保外自费药品/材料/诊疗项目/服务设施等名称↵ | **患方明确意见** 有关医保外药品/材料等需要个人承担费用的情况，医务人员已向我详细告知，我已充分了解，愿意承担由此产生的一切费用或造成的一切后果。**患方意见（手写“我同意”或我不同意）** | ↵患者/授权委托人/法定监护人签名 | 护士签名 | 签署日期 |
| ↵ | ↵ | ↵ | ↵ | ↵ |
| ↵ | ↵ | ↵ | ↵ | ↵ |
| ↵ | ↵ | ↵ | ↵ | ↵ |
| ↵ |  | ↵ | ↵ | ↵ |
| ↵ | ↵ | ↵ | ↵ | ↵ |
| ↵ | ↵ | ↵ | ↵ | ↵ |
| ↵ | ↵ | ↵ | ↵ | ↵ |
|  | ↵ | ↵ | ↵ | ↵ |
| ↵ | ↵ | ↵ | ↵ | ↵ |
| ↵ | ↵ | 4 | ↵ | ↵ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |