**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**

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/耗材/诊疗项目/服务设施等不属于基本医疗保险报销范围，需由患者个人承担。患者可以自主选择是否使用。 | | | | |
| 医保100%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100%自费药品/耗材/诊疗项目/服务设施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。 | | 医务人员签名 | 签署日期 |
| **患方意见（手写“我同意”或我不同意）** | **患方签名** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |