

**\*基本資料**

姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

病歷號碼：\_\_\_\_\_

**牙周炎病人自費同意書(參考格式)**

\_\_\_\_\_醫院(診所)

病患\_\_\_\_\_因病情特殊需要，經醫師說明健保給付所提供之項目，均有訂定給付適應症，但本人或家屬經醫師解釋及詳讀以下內容已確實瞭解，下列醫療項目係超出健保給付範圍，同意使用健保給付規範以外之項目，且已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用，而需自行負擔。對此費用，本人不得再向院方或健保署，提出任何異議或要求退費。

**※自費原因【請於內打V】**

健保未給付      不符健保適應症      其他：\_\_\_\_\_

**※自費項目【請務必填寫清楚】**

品項名稱 (請勾選)	單價	數量	自付金額
<input type="checkbox"/> 1. 牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠			
<input type="checkbox"/> 2. 因美容目的而作的牙周整形手術			
<input type="checkbox"/> 3. 牙周組織引導再生手術			
<input type="checkbox"/> 4. 牙周去敏感治療			

**※附註：**

- 一、立同意書人，由病患親自簽具；病人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，並加具說明。
- 二、立同意書人非病人本人者『與病人之關係』欄應予填載。
- 三、立同意書人請務必詳閱其說明，如有任何疑問或須更進一步瞭解，請於簽具本同意書前，詳細詢問相關醫師。

立同意書人姓名：\_\_\_\_\_ (簽章)      身分證統一編號：\_\_\_\_\_

與病人之關係：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手                      機：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

中      華      民      國                      年                      月                      日