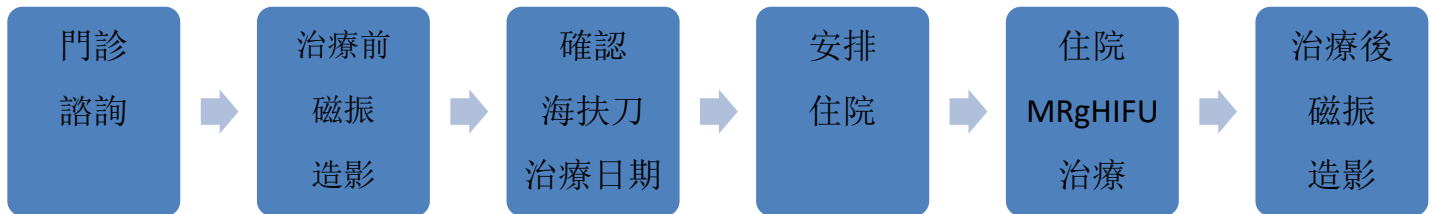


佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

聚焦超音波熱治療(標靶音波刀/MRgHIFU)自費說明書

患者_____身份證號_____具有全民健康保險之被保險人身分，立同意書人經醫療人員說明後，瞭解下列品項□使用目的/原因□治療前檢查評估流程□費用□應注意事項□副作用□健保給付品項之療效比較，明白現今各項高科技醫療手術、藥品及醫材用品不斷研發改善，可提供疾病治療更多選擇方式。關於下列使用之品項，其使用數量僅為預估使用量，實際費用依實際使用並以醫院電腦系統結算之金額計費，立同意書人親自閱覽後同意使用該類品項並願意繳付費用絕無異議，恐口說無憑，特立此書為證。

聚焦超音波熱治療(標靶音波刀/MRgHIFU)相關檢查流程：



肌瘤大小	高能量聚焦超音波治療費用
肌瘤小於 5 公分	193800 元
肌瘤大於 5 公分	213800 元

備註 1：少數情況下，病灶需經磁振造影評估後，方能確認病況不適合 MRgHIFU 治療方式，如病灶有惡性腫瘤疑慮、腹腔內嚴重沾黏、病灶嚴重鈣化變性等。

備註 2：聚焦超音波熱治療(標靶音波刀/MRgHIFU)治療費用會因肌瘤的大小及顆數而不同。

備註 3：以上費用不包含自費止痛藥物及病房費用，請詳見相關自費項目說明書。

聚焦超音波熱治療(標靶音波刀/MRgHIFU)治療相關自費說明：

- ☐ 我清楚了解聚焦超音波熱治療(標靶音波刀/MRgHIFU)治療需全額自費。
- ☐ 經醫師評估若需要合併使用荷爾蒙藥物輔助治療，我清楚了解此項治療費用並不包含在聚焦超音波熱治療(標靶音波刀/MRgHIFU)治療費用中。
- ☐ 因每間保險公司及投保內容有所不同，故無法告知您是否能申請保險理賠。
- ☐ 我已詳細閱讀以上內容，本人願意自費進行聚焦超音波熱治療(標靶音波刀/MRgHIFU)治療及相關醫療行為，特立此書為證，事後絕無異議。

此致

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

立同意書人：

身分證號：

與患者關係(或法定代理人)：

聯絡地址：

電話：

西元

年

月

日