

癌風險BRCA1/2基因檢測同意書(慧智)

高雄榮民總醫院

姓名： 性別： 出生日期：

病歷號： 申請科別： 申請時間：

就醫序號： 申請序號：

2.我已盡量以病人可了解的方式充分說明，並讓病人詢問有關本次檢查（處置、治療）之相關問題，並給予答覆：

(1)_____

(2)_____

健保支付規範補充說明：

1. 申請健保給付者，需同意其基因檢測結果上傳至健保署或其他指定資料庫，未上傳者不予支付。
2. 除Germline BRCA1/2基因檢測使用血液檢體外，其他檢測限使用已確診之腫瘤病理組織，且檢測項目須包含適應症附表所列該癌別必須檢測之位點及變異別，始予給付。
3. 每人各癌別限30301B、30302B或30303B擇一申報且終生給付一次。
4. 開立醫師已先評估病患其條件符合健保支付條件之適應症。

同意支付：

此檢測費用為35,000元。

全額自費

符合健保30301B定額支付一萬點條件，自付差額25,000元。

(備註：病人自述無於他院施作，如後續經健保署確認病人此癌別已給付過，而違反終生給付一次規定遭致核扣，病人需回院補繳健保定額支付點數)

立同意書人已經與醫師討論過接受這個檢驗的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且願意自費負擔檢驗費用。

醫師簽章：

此 致 高雄榮民總醫院

與病人之關係：本人 配偶 父母 子女 其他：_____

立同意書人：_____ 簽章 電話：_____

西元 年 月 日 時 分

附註：

- 一、立同意書人，由病人親自簽具；病人為未成年人或無法親自簽具者，依醫療法第六十四條第一項規定，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
- 二、立同意書人非病人本人者，『與病人之關係欄』應予填載與病人之關係。
- 三、醫院為病人實施手術後，如有再度實施手術之必要，除有醫療法第六十三條第一項但書所定情況緊急者外，仍應依本格式之程序說明並再簽具同意書，始得為之。本項檢查治療比照上述規定辦理。
- 四、醫療法第六十四條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限」