医疗材料收费知情同意书

根据浙江省医疗收费有关规定，医疗机构在使用可吸收缝线、“除外内容”中列明的特殊缝线、植入性材料以及单价在 200 元以上的材料时，应事先征得患者或家属同意，并将所用产品的条码贴在相关诊疗记录单上备查。

患者因**1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**疾病检查/治疗，需要使用到下列材料：（需要使用打“√”）

专科使用材料：

**上述200元以上材料总价预计预计金额元。**

说明：1、检查/治疗中使用上述相关材料或器械，并不意味着保证相应检查/治疗的成功。

2、根据《浙江省基本医疗保险医疗服务项目》中医用材料部分规定执行，纳入或者不纳入基本医疗保险支付范围。

3、同一种材料有多种不同的规格或型号，且根据相关规定，单价200元以上的可报销医用材料个人需先行自付比例为：国产产品3%、进口产品15%每一个个体都有很大的差异，操作过程中具体由医生把握。

4、医生已经充分告知且我们已经理解，经过慎重考虑，我们愿意承担相应的材料费用，并代表患者及家属全权负责签字。

医师签名：

签字时间：**2025年6月5日15时44分**

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分