

## 附件五、肉毒桿菌抗毒素付費使用同意書<sup>1</sup>

因臨床需要，經病患\_\_\_\_\_ (簽名) [或其代理人\_\_\_\_\_ (簽名) (與病患之關係：\_\_\_\_\_)] 同意後<sup>2</sup>，本院(所)同意以自行付費方式使用由衛生福利部疾病管制署提供之肉毒桿菌抗毒素\_\_\_\_\_瓶。

本院瞭解並同意於簽署本同意書一個月內，匯款支付前述\_\_\_\_\_瓶抗毒素之費用共計

新台幣\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整 (NT\$ \_\_\_\_\_)<sup>3</sup> 至衛生福利部疾病管制署<sup>4</sup>，並傳真匯款收據至衛生福利部疾病管制署所轄區管中心。

此致衛生福利部疾病管制署

立書醫療院所：\_\_\_\_\_ 醫療院所代號：\_\_\_\_\_

代表人：\_\_\_\_\_

開業執照字號：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

註1：本同意書由收治因人為因素注射肉毒桿菌素(如：醫學美容)之疑似肉毒桿菌中毒個案以及無全民健康保險卡之外籍人士等之醫療院所填寫。

註2：如果病患本人無法簽名，請代理人簽名，如果使用者為未成年、無行為能力或限制行為能力者，應取得其法定代理人(或監護人)同意。

註3：費用以**最新乙批**專案進口之每瓶實際單價計算，以109年為例，約新臺幣26萬元/每瓶，實際價格請洽詢衛生福利部疾病管制署。

註4：費用請匯款至以下銀行帳戶，匯入銀行：中央銀行國庫局(代號：0000022)，帳號：267863，戶名：衛生福利部疾病管制署30