# 深圳市第三人民医院住院预交金缴款知情同意书

****患者姓名：**** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ****性别：**** \_\_\_\_\_ ****年龄：**** \_\_\_\_\_
****住院号：****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ****病区/科室：**** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
****入院日期：**** \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
****患者身份证号/护照号：**** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
****联系人姓名：**** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ****与患者关系：**** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
****联系人电话：**** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**尊敬的患者/家属：**

您好！欢迎您入院深圳市第三人民医院。为保障您的诊疗权益，优化住院服务流程，根据国家及省市相关规定，特向您告知住院预交金相关事项，请您仔细阅读并签字确认。

## 住院预交金是指您（或您的家属/代理人）在住院期间预先存入医院指定账户的资金，专门用于支付您在住院期间发生的、应由您个人承担的医疗费用（包括但不限于自费药品、自费诊疗项目、医保政策规定的个人自付及自费部分等）。

##  您的住院预交金缴纳额度，将根据您的**参保类型**及**预诊断病种所属组别**（内科组或手术组）确定，具体标准参照本院公示的《深圳市第三人民医院住院预交金参考标准》（附表1）。

## 三、 预交金缴纳方式：根据您的病情诊断情况，请按照入院通知单上列示金额和病区催款单上金额到住院收费处缴纳。

## 四、 预交金额度调整：在您住院期间，如因病情变化导致主要诊断病种发生变更，经您的主管医生确认后，医院将根据新的病种组别调整您的住院预交金标准。病区工作人员将及时通知您调整后的金额及补缴要求。

## 五、 患者权利与公示：本院已公示常见病种的住院预交金参考标准（区分医保类型及病种组别）。您有权随时查询。

## 六、 结算与退款：出院时，医院将根据您的实际发生费用进行结算。若预交金金额大于最终个人应付费用，多余款项将按医院规定流程无息退还给您；若不足，需补缴差额后方可办理出院手续。

## 七、 知情确认声明：本人（或患者法定代理人/授权委托人）已仔细阅读并充分理解以上关于深圳市第三人民医院住院预交金管理的全部告知内容。本人对告知内容无异议，同意按上述规定缴纳住院预交金，并承诺及时补缴可能产生的欠费。

**患者/法定代理人/授权委托人签字：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**签字日期：** \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 使用说明

**填写：** 入院时由患者/家属填写患者基本信息部分。

**解释：** 临床科室工作人员负责住院预交金知情同意书的解释工作。

**存档：** 签字后的同意书一式两份，一份交患者/家属保管，一份存入患者住院病历存档。