

ศัลยกรรมสาย Neuro Sx (Cranial)

อาจารย์แพทย์.....

Diagnosis.....

Operation.....

ค่าผ่าตัด.....บาท

ค่าดมยา.....บาท

รายการ (microscope)	บริษัท	จำนวน	ราคา/ชิ้น	รวม	เบิกได้	ส่วนเกินสิทธิ์
1. Leica						
2. Kinevo						
3. Synaptive						
รายการ(อุปกรณ์เปิดกะโหลก)						
1. หัว perforator						
2. หัวตัด						
3. หัวกรอ						
รายการ (อื่นๆ)	บริษัท	จำนวน	ราคา/ชิ้น	รวม	เบิกได้	ส่วนเกินสิทธิ์
1. TISSEEL						
2. FLOSEAL						
3. Dura เทียม						
4. Plate						
5. screw						
6. IOM						
7. ค่าส่วนเกินการผ่าตัดทั่วไป						

รวมค่าส่วนเกินสิทธิ์.....บาท (ผู้ป่วยรับผิดชอบจ่ายเองเบิกไม่ได้)

รับทราบการชี้แจง และยินยอมชำระส่วนเกินสิทธิ์นี้

ผู้แจ้ง

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

ลงชื่อ.....แพทย์

ลงชื่อ.....ญาติผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยาบาล