

附件 3

上海市人工耳蜗植入手术情况表

手术对象 基本情况	姓名		性别	
	身份证号			
	联系人		联系电话	
	户籍区			
	户籍地址			
所属类别	☐ 沪籍儿童 ☐ 非沪籍儿童 ☐ 沪籍残疾人			
监护人	姓名		与手术对象的关系	
	联系电话		身份证号	
植入信息	植入日期： ____年____月____日； 开机日期： ____年____月____日 植入品牌： _____ 植入体型号： _____ 言语处理器型号： _____ （单位盖章） 医生签名： 年 月 日			
经费信息	扣除医保统筹部分，个人实际承担费用（手术费、人工耳蜗设备费用）： 其中：手术费_____元；人工耳蜗设备_____元 总计_____元（大写_____） （单位盖章） 经办人： 年 月 日			

注：此表由手术医疗机构出具，作为申请人与申请地区残联结算的必备凭证之一。