**附件：（正反面打印）**

中国流动眼科手术车“复明18号”项目

白内障患者手术申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | □男 □女 | | 民族 |  |
| 出生年月 |  | 身份  证号 |  | | 联系  电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 白内障部位 | □右 眼 □左 眼 | | | | | |
| 手术对象  类 别 | □全免手术 □减免手术 | | | | | |
| 参加医疗  保险情况 | □参加城镇职工基本医疗保险  □参加城乡居民医疗保险  □享受医疗救助  □参加其他医疗保险 | | | 医保区域 | | □柳州市医保  □非柳州市医保 |
| 个人或监护人申请 | 因患白内障，造成生活困难，需申请进入“复明18号”项目。  申请人签字：  年 　 月 日 | | | | | |
| 村委会或社区居委会  审核 | 公 章  年 　月 　 日 | | | | | |
| 柳州市红十字会医院  审核 | 公 章  　 年 月 日 | | | | | |

注：此表由患者本人（或家属）填写，村委会或社区居委会及柳州市红十字会医院审核，存档于柳州市红十字会医院。

中国流动眼科手术车“复明18号”项目白内障患者手术申请须知

一、手术申请表由柳州市红十字会医院负责解释；

二、《中国流动眼科手术车“复明18号”项目白内障患者手术申请表》由申请人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。审核通过后，申请人即可根据安排的时间进行手术。

三、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将取消全免或减免手术资格；如已获完成手术者，将依法追索其所获得的全部手术款。

四、获得免费或减免白内障手术的对象有责任和义务提供必要的文字、照片、影像等资料，配合相关宣传和采访活动，并同意使用其本人的照片、影像等资料。

**项目申报咨询电话：0772—2102830**

**地址：柳州市城中区中山东路43号（五星街新华书店以东200米）**

我已阅读《中国流动眼科手术车“复明18号”项目白内障患者手术申请须知》且无异议，自愿接受手术。

**申请人签名**：

**20 年 月 日**