附件1

门诊特定疾病复查鉴定机构名单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 门诊特定疾病 | 复查鉴定机构名称 |
| 1 | 糖尿病 | 天津市第一中心医院 |
| 2 | 偏瘫 | 天津中医药大学第一附属医院 |
| 3 | 肺心病 | 天津市胸科医院 |
| 4 | 精神病 | 天津市安定医院 |
| 5 | 癌症放化疗 | 天津医科大学总医院 |

附件2

门诊特定疾病复查鉴定委托书

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 案件号/ ：  |  | 津医\*\*委字\*\*号 |
| 委托人 |  | 联系人 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 受委托人 |  | 联系人 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 被鉴定人基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 身份证号 |  |
| 门特病种 |  | 联系电话 |  |
| 案情摘要 |  |
| 鉴定目的和理由 |  |
|
| 委托要求 | 鉴定意见书发送： □ 自取 □ 邮寄 |
|
| 备 注 |  |

委托日期： 年 月 日 机构公章：

附件3

门诊特定疾病复查鉴定意见书

编号：

一、基本情况

委托人：

委托鉴定事项： （门特病）复查鉴定

受理日期： 年 月 日

鉴定日期： 年 月 日

鉴定地点：

被鉴定人：姓名： 性别： 年龄：

身份证号：

家庭地址：

二、既往病史

三、鉴定检查

四、分析说明

五、鉴定意见

鉴定人： 鉴定人： 鉴定人：

鉴定机构（公章）： 年 月 日

附件3的附件

检查检验报告

|  |
| --- |
|  |

附件4

门诊特定疾病复查鉴定

按人头付费标准

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 门诊特定疾病 | 复查鉴定费用标准（元/例） |
| 1 | 糖尿病 | 650 |
| 2 | 偏瘫 | 680 |
| 3 | 肺心病 | 770 |
| 4 | 精神病 | 740 |
| 5 | 癌症放化疗 | 900 |