

浙江中医药大学附属第三医院

治疗知情同意书

患者姓名 [redacted] 性别: 女 年龄: 24岁 门诊

病情和治疗建议:

患者因有 [redacted] 需要进行 [redacted] 治疗, 我院已具备开展该项目的技术和设备条件, 但仍有可能出现难以预见和避免的其他情况。

1. 医疗机构及医护人员尊重就医者的选择权。
2. 医疗机构及医护人员在医疗活动中, 必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规, 遵守技术操作规范, 遵守职业道德, 履行医师职责。
3. 就医者已经充分了解治疗的方法、性质, 可能出现的医疗风险。
4. 就医者已向经治医师咨询此次治疗的相关问题, 并已经得到了经治医师的解答, 经自主选择,

患者签名 [redacted]

签名日期: 2018年3月17日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权人员签名: \_\_\_\_\_ 与患者关系: \_\_\_\_\_ 签名日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医护人员陈述:

我已经告知患者治疗过程中及治疗前后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: [redacted]

签名日期: 2018年3月17日