

我已向患方解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

医师签字： 陈勇 签字时间： 2020年10月4日8时0分 签字地点： 医生办公室

患方意见

患者或代理人确认：

医生已向患者或代理人解释过患者的病情及所需接受的手术，并已就医疗风险进行了详细说明。患者或代理人了解手术可能出现的并发症与风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；

医生已告知患者或代理人其他治疗方式及其风险，患者或代理人知道有权拒绝或放弃此手术，也明白由此带来的不良后果及风险，患者或代理人已就患者的病情、该手术及其风险以及相关的问题向医生进行了详细的咨询，并得到了满意的答复；

患者或代理人理解医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。

(请患者或代理人注明“我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，我做以下声明”字样)

我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，我做以下声明

我 同意 (填同意) 接受医生建议的手术方案，自愿承担手术风险；并授权医生：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，按照医疗常规予以紧急处理，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救；对切除的病变器官、组织等标本进行处置(包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理或科学研究等)。

我 _____ (填不同意) 接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者或代理人签字： _____

亲属签字： _____ 与患者关系 _____。

患者无法签名的原因： _____。

签字时间：2020年10月4日8时21分 签字地点：医生办公室。

备注

如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。

患方签字：