



# 青岛大学附属医院 入院知情同意确认书

姓名: [REDACTED]

登记号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

科室: 消化内科

性别: 女

年龄: 78岁

## 患者声明书

本人于志鸿在具有完全民事行为能力的前提下在青岛大学附属医院诊疗期间的一切事务（包括：签署手术志愿书、术前谈话、诊疗过程中的决定权、处分权以及其他需要办理的一切手续等）未经本人特别授权，均由本人自行处理并承担由此产生的一切不良后果。我对医生告知的内容已经清楚并完全理解，我完全同意医生提出的诊疗方案，如发生医疗纠纷，我方将通过医疗鉴定或法律诉讼途径解决。本人在青大附院诊疗期间在不具有完全民事行为能力的情况下，由本人的监护人或亲属全权处理诊疗期间的一切事务。（包括内容同上），并由本人承担由此产生的一切不良后果。

特此声明。

声明人（签名）: [REDACTED]

签字日期: 2018年09月04日

亲属或监护人（签名）:

签字日期: 2018年09月04日

医师签名: 张鹏

签字日期: 2018年09月04日



由 扫描全能王 扫描创建