

杭 州 市 第 一 人 民 医 院

患者授权书

姓名: 科别: 床号: 住院号:

经慎重考虑,我在此授权 作为我在医院医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的
被告知者,全权处理本人在诊疗过程中的一切事务,并在需患者签名以示知情、同意的医疗文书上签字,
代理本人行使知情同意权和选择权。一经授权人签字,本授权书即生效;被授权人之行为视同本人知悉与
同意,经代理人签名同意后所实施的诊疗行为,若产生不良后果将由本人承担。

此致

杭 州 市 第 一 人 民 医 院

授权人签名: 年龄: 40岁 性别: 女

日期: 2015-05-22

本人接受患者杨正义 的授权。同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权,并签
署各项医疗活动同意书。

被授权人签名: 与患者关系:

身份证号码: 联系电话(方式):

日期:

备注: 被授权人仅限于相关法规所规定的近亲属、代理人和关系人。