

中国福利会国际和平妇幼保健院

姓名

科别 妇科12楼 床位

二、同意部分

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本活动完全是自愿的。

我知道我的样本和所有信息的采集都将在法律允许的范围内实现全面的保密。我也可以选择在任何时候退出这一举动，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

我知道签名并不意味可以免去任何费用、应尽责的事项和药品费用。

中国福利会国际和平妇幼保健院会提供给我一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

患者或法定代理人签名：



主管医生签名：王丽娅

日期：2020.06.10 14