

姓名:

性别:

年龄:

科室:

肾癌黑色素瘤科

病例号:

收集知情同意书

患者病历资料收集知情同意书

尊敬的患者:

我们希望征得您的同意,采集您在诊疗过程中的个人基本资料、病人、影像、图片、照片等资料,用于临床治疗、教学和科研。在研究成果公开发表或以其他任何形式报告时,我们都将隐藏您相关的所有个人隐私信息,保护您的隐私不受损害。您的所有相关资料不会透露给其他非专业领域人士,除非获得您的许可。为确保相关研究按照规定进行,保证您的权益不受损害,必要时政府管理部门或伦理审查委员会的成员会按规定查阅您的资料。

您有权不签署该知情同意书,您也有权在任何时候撤回您已经签署的知情同意书。无论您是否同意,均不会影响您在院期间的诊疗活动。

医生已详细告知上述内容,我已确认完全知晓上述内容。

经慎重考虑,我同意提供自己的个人资料、病历、影像、图片和照片等资料,以供临床教学及医学研究。我同意我的医疗记录和图像数据等材料出现在医学期刊中。

患者或委托人签字:

医生签字:

日期:

日期:



扫描全能王 创建