

患者告知书

JY7029948

姓名:蔡凤莲

科室:肿瘤一科

床号:43

住院号: 489508

尊敬的患者:

为保障您在我院住院治疗期间享有充分的知情同意权,医务人员将向您告知您的病情、医疗措施、医疗风险等情况,解答您对疾病的咨询。未经您本人充分知情和签名同意,医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但由于个人心理承受能力不同,以及疾病发展具有不可预测性,为有利于治疗,请您现授权委托您充分信任的代理人,代为行使患者的知情同意权,我院将依据您签名出具的授权委托书,视代理人的代理行为为您本人真实意思的表示(住院期间发生危机生命的紧急情况而采取的急救措施除外)。

(附授权委托书)

特此告知:

经治医生签名:

马东来

以上内容本人已充分了解,本人决定选择以下方式:

☐ 向贵院出具授权委托书指定代理人:

☐ 本人决定不委托代理人,如本人病情出现危急情况,授权经治医师决定治疗方案,如有医疗风险和不良后果,由本人自行负责。

患者签名: 蔡凤莲 身份证号码:

2020 年 12 月 / 日

注:患者不具备完全民事行为能力时,由其法定代理人接受告知并签字授权。