

上海交通大学医学院附属新华医院
儿科病情告知暨授权委托书

姓名 [REDACTED] 科室:耳鼻喉颈外科 病区:耳鼻咽喉二病区 床位号 [REDACTED] 门诊号 [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

尊敬的家长

您是患儿 [REDACTED] 的监护人,因您的被监护人拟疾病而入我院ENT-2病区,为保障其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患儿的病情、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,医务人员将无法开展规范的医疗行为。由于各人心理承受能力不同,为有利于实施对患儿的诊疗,您也可授权委托一位您充分信任的代理人,代为行使您的知情同意权。我院将依据您的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。

特此告知

上海交通大学医学院附属新华医院

年 月 日

上述告知内容本人已充分了解,本人决定选择以下方式:

1. 向贵院出具授权委托书指定代理人。
2. 本人决定不委托代理人。

监护人(签名): [REDACTED]

住 院 号: [REDACTED]

2017 年 11 月 13 日

授权委托书

为有利于被监护人的疾病治疗,兹委托 [REDACTED] 为 [REDACTED] 在贵院治疗期间的代理人。听取医疗机构告知有关患儿的病情、医疗措施,医疗风险等情况,全权处理患儿在诊疗过程中的一切事务,并在知情同意书等需监护人签名同意的医疗文书上签名,代理监护人行使知情同意权和选择权。医院有权实施经代理人签名同意的诊疗行为。本授权至被监护人在贵院本次诊疗行为终结时止。

监护人(签名): [REDACTED] 性别 女 年龄 40 联系电话 [REDACTED]

代理人(签名): [REDACTED] 性别 [REDACTED] 年龄 [REDACTED] 联系电话 [REDACTED]

身份证号码: [REDACTED]

住址: [REDACTED]

医师签名

[REDACTED]

2017 年 11 月 13 日