



青島大學附屬醫院
受試者知情同意確認書

姓名

科室：嶗山呼吸與危重症醫學科

性別：男

年齡：80歲

患者聲明書

本人閔立池在具有完全民事行為能力的情况下在青島大學附屬醫院診療期間的一切事務（包括：簽署手術志願書、术前談話、診療過程中的決定權、處分權以及其他需要辦理的一切手續等）未經本人特別授權，均由本人自行處理並承擔由此產生的一切不良後果。我對醫生告知的內容已經清楚並完全理解，我完全同意醫生提出的診療方案，如發生醫療糾紛，我方將通過醫療鑑定或法律訴訟途徑解決。本人在青大附院診療期間在不具有完全民事行為能力的情况下，由本人的監護人或親屬全權處理診療期間的一切事務。（包括內容同上），並由本人承擔由此產生的一切不良後果。

特此聲明。

聲明人（簽名）：

簽字日期：2020年11月23日

親屬或監護人

簽字日期：2020年11月23日

醫師簽名：霍曉榮

簽字日期：2020年11月23日



青岛大学附属医院

受试者知情同意确认书

姓名

科室：崂山呼吸与危重症医学科

性别：男

年龄：80岁

患者声明书

本人闫立池在具有完全民事行为能力的前提下在青岛大学附属医院诊疗期间的一切事务（包括：签署手术志愿书、术前谈话、诊疗过程中的决定权、处分权以及其他需要办理的一切手续等）未经本人特别授权，均由本人自行处理并承担由此产生的一切不良后果。我对医生告知的内容已经清楚并完全理解，我完全同意医生提出的诊疗方案，如发生医疗纠纷，我方将通过医疗鉴定或法律诉讼途径解决。本人在青大附院诊疗期间在不具有完全民事行为能力的前提下，由本人的监护人或亲属全权处理诊疗期间的一切事务。（包括内容同上），并由本人承担由此产生的一切不良后果。

特此声明。

声明人（签名）： 签字日期：2020年11月23日

亲属或监护人（签名）： 签字日期：2020年11月23日

医师签名：霍晓荣 签字日期：2020年11月23日



青岛大学附属医院

受试者知情同意确认书

姓名

科室：崂山呼吸与危重症医学科

性别：男

年龄：80岁

患者声明书

本人闫立池在具有完全民事行为能力的情况下在青岛大学附属医院诊疗期间的一切事务（包括：签署手术志愿书、术前谈话、诊疗过程中的决定权、处分权以及其他需要办理的一切手续等）未经本人特别授权，均由本人自行处理并承担由此产生的一切不良后果。我对医生告知的内容已经清楚并完全理解，我完全同意医生提出的诊疗方案，如发生医疗纠纷，我方将通过医疗鉴定或法律诉讼途径解决。本人在青大附院诊疗期间在不具有完全民事行为能力的情况下，由本人的监护人或亲属全权处理诊疗期间的一切事务。（包括内容同上），并由本人承担由此产生的一切不良后果。特此声明。

声明人（签名）：

签字日期：2020年11月23日

亲属或监护人

签字日期：2020年11月23日

医师签名：霍晓荣

签字日期：2020年11月23日