

军队人员特殊检查、治疗自费项目知情同意书

姓名		性别	男	年龄	75
部别		类别			
科室	普内	病案号		联系电话	
诊断	冠心病、不稳定心绞痛、陈旧性 CABG 术				
项目内容	ECMO + PCI 因病情需要,拟_____治疗。患者及家属考虑经济承受有力,坚持要求选择自费治疗项目(_____),所需费用_____元由个人承担。 ① ECMO 4h ② 进口支架及国产支架各1个 ③ 肝素泵及导管 经治医生: 何				
家属意见	何医生已向我详细交代了关于以上内容。患者本人及家属要求使用自费的_____项目。所需费用由个人自愿承担,所需经费共计_____元(大写:_____元)。 特签字同意并且承诺不以此为由与医院发生争议与纠纷,且不以此为由拒付医疗费。 签字人: _____ 签字人与患者关系: _____ 2013年6月28日 (备注:如患者对自己所患疾病已知情,应由本人签字;患者家属要求对患者病情进行保密,由患者家属或授权委托人签字)				