

山东中医药大学附属医院

科别: 神经内科 病区: 北九病区 姓名: [REDACTED]

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

授权委托书

委托人(患者本人): [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: 54岁

有效证件名称: [REDACTED] 有效证件号码: [REDACTED]

工作单位或住址: 无

受托人: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] 联系电话: [REDACTED]

有效证件名称: [REDACTED] 有效证件号码: [REDACTED]

工作单位或住址: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED]

本人于 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日因病住院。本人在住院期间, 有关病情的告知以及在诊疗过程中需要签署的一切知情同意书, 本人郑重委托 [REDACTED] 作为我的代理人, 代为行使住院期间的知情同意权利, 并履行相应的签字手续。全 [REDACTED] 签字, 被委托人的签字视同本人的签字。委托人签署同意后所产生的后果, 由患者本人承担。

在本次住院期间, 本人有权撤销或变更授权委托, 但必须以书面形式告知主管医护人员。

患者签字: [REDACTED]

(手印)

[REDACTED]