



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院

浙江中医药大学第一临床医学院

授权书

姓名: 性别: 男 年龄: 18岁 科室: 内分泌科 住院号:

尊敬的患者及家属:

依照《中华人民共和国侵权责任法》(中华人民共和国主席令 第二十一号)第五十五条规定“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的,医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其书面同意”。国家卫计委《病历书写基本规范》第十条规定“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动,应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字时,应当由其授权的人员签字;为抢救患者,在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。”为切实保障患者的知情同意权和实施保护性医疗措施,敬请你们根据自己的实际情况,慎重考虑,选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

上述告知内容本人已充分了解,经慎重考虑,我确定:

1. ☒ 由本人作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

2. ☐ 授权 作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并全权代表本人签署各项医疗活动同意书,被授权人的签字视同本人签字。

患者签名: 2021年4月22日11时00分

被授权人声明:本人接受患者 的授权,同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权,并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名: 与患者关系: 联系电话:

身份证号码: 签字时间:

现确认增加以下被授权人,至签字时间起,被授权人均可独立代理行使本人本次住院期间的权利。

患者签名: 年 月 日 时 分

(1) 被授权人签名: 与患者关系: 联系电话:

身份证号码: 签字时间:

(2) 被授权人签名: 与患者关系: 联系电话:

身份证号码: 签字时间:

未成年人(小于18周岁)、无完全民事行为能力的成年患者,由其法定代理人代为行使上述权利。

代理人签名: 与患者关系: 联系电话:

身份证号码: 签字时间:

(本授权书保留在住院病历中)