

医生声明

我已经以病人所能理解的方式告知患者目前的病情、拟定的治疗或操作、及可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法等相关事宜，并给予了患者充足时间询问本次治疗的相关问题并作出解释。

医生签名

签名日期

日

患方意见：

我的医生已经告知我将要进行的医疗措施的必要性、步骤、成功的可能性、术中、术后可能出现的风险和并发症，不实施该治疗方式的风险，以及术中、术后可能发生疼痛和产生疼痛后的应对措施。

我理解该医疗措施可能需要多位医生共同进行。我理解除了医师告知的风险以外，该医疗措施实施过程中有可能出现其他危险或者意想不到的情况。我可与主管医生讨论该医疗措施的相关内容，包括我对该医疗措施的一些疑惑。

我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我同意进行操作部位标识。

我经慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症，并选择本医疗措施，而非替代方案中所列疗法。

患者及家属意见

患者签名

签名日期

年

月

日

如果患者无法签

此签名：

患者授权亲属签

签名日期

年

月

日