



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

门诊诊疗知情同意书

病情及诊疗过程告知：

患者[REDACTED]因贝尔面瘫（疾病）就诊于我院针灸科治疗，我院已充分具备该疾病的诊疗能力。经治医生会向患者本人（或监护人、其他授权人）说明诊疗过程及可能出现的风险和意外情况，一切侵入性操作均会征求患者本人（或监护人、其他授权人）的同意。患者（或监护人、其他授权人）签署本知情同意书，其医疗范围是指在浙江省中医院接受门诊治疗。

医生声明：

我已充分告知患者（或监护人、其他授权人）疾病的情况及治疗方案，同时也告知患者目前该疾病的其他常见治疗方案。该疾病治疗过程中可能出现一定的风险和意外也已说明。

医生签名：[REDACTED]

签署日期：2021.4.28

患者同意声明：

医师已向我解释该疾病的情况及治疗方案，在充分了解诊疗过程可能存在的风险和意外情况后，我同意目前的诊疗方案。

患者签名：[REDACTED]

如患者无法签署知情同意书，请授权亲属签名：

授权亲属签名：

与患者的关系：

签署日期：