北京百草园中医医院

治疗知情同意书

姓名：[redacted]　　病历号：[redacted]

姓名：[redacted]	性别：女	年龄：50 岁	科室：中医科	就诊日期：2018 年 9 月 5 日

主要诊断：泄泻（中医诊断）　　孤立性直肠溃疡（西医诊断）

治疗建议：中药治疗

医生陈述：

我已告知患者将要进行的治疗方案和风险，在治疗过程中及治疗后可能产生的并发症和风险，以及可能存在的其他治疗方案和风险。如果患者出现任何不适，或病情发生新的变化，或任何意外情况，不管是否与本治疗有关，均应及时就诊，让医生对此做出判断和进行医疗处理。

患者在治疗期间可能需要按时到医院随访，进行一些相关检查，这些有可能给患者带来不便，敬请谅解。

医生签字：[signature]　　日期：2018-9-5

北京百草园中医医院有限公司 1101052037638

患者知情选择：

☑我的医生已经针对我的疾病可以采取的治疗方案和风险向我进行了详细告知，我也就我想了解的信息向医生进行了充分咨询并得到满意答复。

☑我的医生已告知我将要进行的治疗方案、治疗过程中及治疗后可能发生的并发症和风险，并解答了我此次治疗的相关问题。

☑我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。

☑我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

☑我已认真阅读、聆听并完全理解上述内容，经慎重考虑，我愿意（代患者决定）接受该治疗，并愿意配合医生进行必要的相关医疗行为。

患者或其受托人签字：[redacted]

患者签字[redacted]　　日期：2018 年 9 月 5 日

受托人签字_____　与患者关系：_____　日期：_____