

打印 取消打印 单页预览 显示工具条 显示结果 向右翻页

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1989-07-16 年龄 33 性别 女 病历号 科室 泌尿外科（一） 床号 33

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，医师有合理理由认为患者本人不能理解方可进行的医疗活动。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；患者因无法签字时，应当由其近亲属签字。没有近亲属的，由其关系人签字。为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或被授权的关系人签字。

为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请各位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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

1. 了解患者病情；
2. 对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
3. 使用贵重药物、材料或进行贵重检查时；
4. 为诊治疾病而超说明书使用特定药物或采取特定医疗措施时；
5. 因病情需要输血或血液制品时；
6. 除急诊医疗；
7. 患者暂时无知觉和意识能力因病情危急需要紧急医疗时；

我授权 在本人在该院治疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续。被授权人之行为均同本人行为和意愿。（请患者在空白处填写被授权人姓名）

患者签名： 年 月 日 时 分
患者无法签字时签字人 手印说明 2018 6 月 14 日 17 时 52 分

本人接受患者 的授权，同意代表行使该患者在该院治疗期间的知情同意权和选择权。本签署各项医疗活动同意书。（请被授权人在空白处填写患者姓名）

患者委托代理人签名： 与患者关系 夫妻 住址：
委托代理人身份证号码： 2018 6 月 14 日 17 时 52 分

以下特殊情况，需法定监护人签字
未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力方或成年患者（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商制定其中一位代理人代行行使上述权利。

法定监护人姓名： 与患者关系 住址：
法定监护人身份证号码： 年 月 日 时 分

手工转换 彩色图片 优化处理 手工优化 普通打印 加深打印 取消打印 单页裁剪 显示工具条 显示结果 向右旋转 向左旋转 适合大小 适合宽度 适合高度 实际大小 图片放大

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1983-07-16 年龄 35岁 性别 女 病历号 科室 泌尿外科（一） 床号 33

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的疾病、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具备民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- 1、了解患者病情；

结果

2020-05-19 16:2

16:22

2020/5/1

**安徽医科大学第二附属医院
患者授权委托书**

姓名 出生日期 1963-09-24 年龄 54 岁 性别 男 病历号 科室 泌尿外一科 床号 36

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利影响，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。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，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或被授权的负责人签字。

为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请您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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

1. 了解患者病情；
2. 对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
3. 使用贵重药物、耗材或进行贵重检查时；
4. 为治疗疾病而超出保险范围使用特定药物或采取特定医疗措施时；
5. 因病情需要输血、血液制品或血液成分时；
6. 诊断性医疗；
7. 患者暂时无知觉或能力低因病情危急需要紧急治疗时；

我授权 行使本人在该医疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续。被授权人之行为视同本人知情和同意。（请患者在空白处填写被授权人姓名）

患者签名： 2017年 2 月 7 日 18 时 分

患者无法签字时或手印 年 月 日 时 分

本人接受患者 的授权，同意代理行使该患者在就医期间知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。（请被授权人在空白处填写患者姓名）

接受授权人签名： 与患者关系： 电话：

授权人身份证号码： 2017年 2 月 13 日 18 时 分

以下特殊情况，需法定监护人签字

未成年人（小于18周岁），无完全民事行为能力或严重智力障碍（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商并指定其中一位代理人代为行使上述权利。

法定监护人签名： 与患者关系： 电话：

法定监护人身份证号码： 年 月 日 时 分

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1963-09-24 年龄 54岁 性别 男 病历号 科室 泌尿外一科 床号 36

敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的疾病、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具备民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗结构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

结果

2020-05-19 1

16:
2020/

DELL

Patient 3

**安徽医科大学第二附属医院
患者授权委托书**

姓名 出生日期 1992-03-21 年龄 25岁 性别 女 病历号 科室 泌尿外科(一) 床号 4

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；就是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行医疗活动。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，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行患者的知情同意权和实质保护性医疗措施，敬请您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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包涵以下情形：

1. 了解患者病情；
2. 对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
3. 使用贵重药物、耗材或进行贵重检查时；
4. 为诊治疾病而超出医保范围使用特定药物或采取特殊医疗措施时；
5. 因病情需要输注血液或血液制品；
6. 诊断性治疗；
7. 患者暂时不知病情或能力但因病情危急需要紧急治疗时。

我授权 于使本人在该院医疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续。被授权人之行为视同本人知情和同意。(请患者在空白处填写被授权人姓名)

患者签名: 2017年8月31日 14时50分

患者无法书写 手印或按 年 月 日 时 分

本人接受患者 的授权，同意代履行该患者在上述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。(请被授权人在空白处填写患者姓名)

委托代理人签名: 与患者关系 母女 电话:

委托人身份证号码: 2017年8月31日 14时50分

以下特殊情况，需法定监护人签字

未成年人(少于18周岁)、无完全民事行为能力的成年患者(如昏迷、精神异常等)，由其所有法定代理人共同协商制定其中一位代理人代行使上述权利。

法定监护人签名: 与患者关系: 电话:

法定监护人身份证号码: 年 月 日 时 分

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1992-03-21 年龄 25岁 性别 女 病历号 科室 泌尿外科(一) 床号 4

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的疾病、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具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，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其具备完全民事行为能力人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

1、了解患者病情：

0. 对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时。

查询结果

2020-05-11

DELL

Patient 4

打印 取消打印 单页裁剪 显示工具条 显示结果 向右旋

安徽医科大学第二附属医院

病情知情同意委托书

患者 住安徽医科大学第二附属医院 泌尿外科 病区 30 床

因诊断治疗需要,现委托给 陈 (姓名)

全权代理签署知情同意书。

委托人(患者)签名:

日期 2012-10-10 16:38:31

加深打印 取消打印 单页预览 显示工具条 显示结果 向右旋转

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1971-12-01 年龄 46 岁 性别 男 病历号 科室 泌尿外科 床号 18
尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；就是为了避免对患者产生不利后果，医院有关规定并取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。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，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字。为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行患者的知情同意权和保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择确定本患者病情、医疗措施、医疗风险等的授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

1. 了解患者病情；
2. 对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
3. 使用贵重药物、材料或进行贵重检查时；
4. 为诊断疾病而经出活检或取使用特征药物或采取特定医疗措施时；
5. 因病情需要输注血液或血液制品；
6. 诊断性治疗；
7. 患者暂时无法知情同意能力但病情危急需要紧急治疗时；

表授权 行使本人在该院医疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续。被授权人之行为或向本人和医院负责。（请填写在空白处填写被授权人姓名）

患者签名：

患者无法签字时授权人

手机或电话

2017 年 5 月 23 日 10 时 20 分
年 月 日 时 分

本人接受患者 的授权，同意代理行使该患者在该院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗文书。（请填写在空白处填写患者姓名）

委托代理人姓名：

与患者关系： 兄弟

电话：

委托人身份证号码：

2017 年 5 月 23 日 10 时 20 分

以下特殊情况，需法定代理人签字

未成年人（小于18周岁），无完全民事行为能力或精神患者（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商制定其中一位代理人代为行使上述权利。

法定监护人姓名：

与患者关系：

电话：

法定监护人身份证号码：

年 月 日 时 分

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1971-12-01 年龄 46岁 性别 男 病历号 科室 泌尿外一科 床号 18

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的疾病、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具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，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其具备完全民事行为能力人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- 1、了解患者病情；

2020-05-1

20

DELL

**安徽医科大学第二附属医院
患者授权委托书**

姓名 出生日期 1982-06-16 年龄 30 岁 性别 女 病历号 科室 泌尿外科(一) 床号 36

尊敬的患者及家属:

在医疗活动中,医疗机构及其医务人员应当有患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者,及时解答其咨询,但是为了避免对患者产生不利影响,按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动,患者不具备民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因无法签字时,应当由其近亲属签字,没有近亲属的,由其关系人签字;为抢救患者,在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下,可有医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施,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、医疗风险等的被授权人,履行相应的签字手续,其中包括以下情形:

- 1、了解患者病情;
- 2、对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时;
- 3、使用贵重药物、耗材或进行贵重检查时;
- 4、为确诊疾病而做出病情原因使用特殊药物或采取特定医疗措施时;
- 5、因病情需要输血或血液制品;
- 6、诊断性医疗;
- 7、患者暂时无法知情同意能力但病情危急需要紧急治疗时;

我授权 行使本人在该院医疗期间的知情同意权和选择权,并履行相应的签字手续,被授权人之行为视同本人行为。 (请患者在空白处填写被授权人姓名)

患者签名: 17年 11月 27日 8时 50分

患者无法签字时授权人 签字说明 年 月 日 时 分

本人授权患者 行使授权,同意代理行使该患者在该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。(请授权人在空白处填写患者的姓名)

患者委托代理人签名: 与患者关系: 电话:

委托人身份证号码: 17年 11月 27日 8时 51分

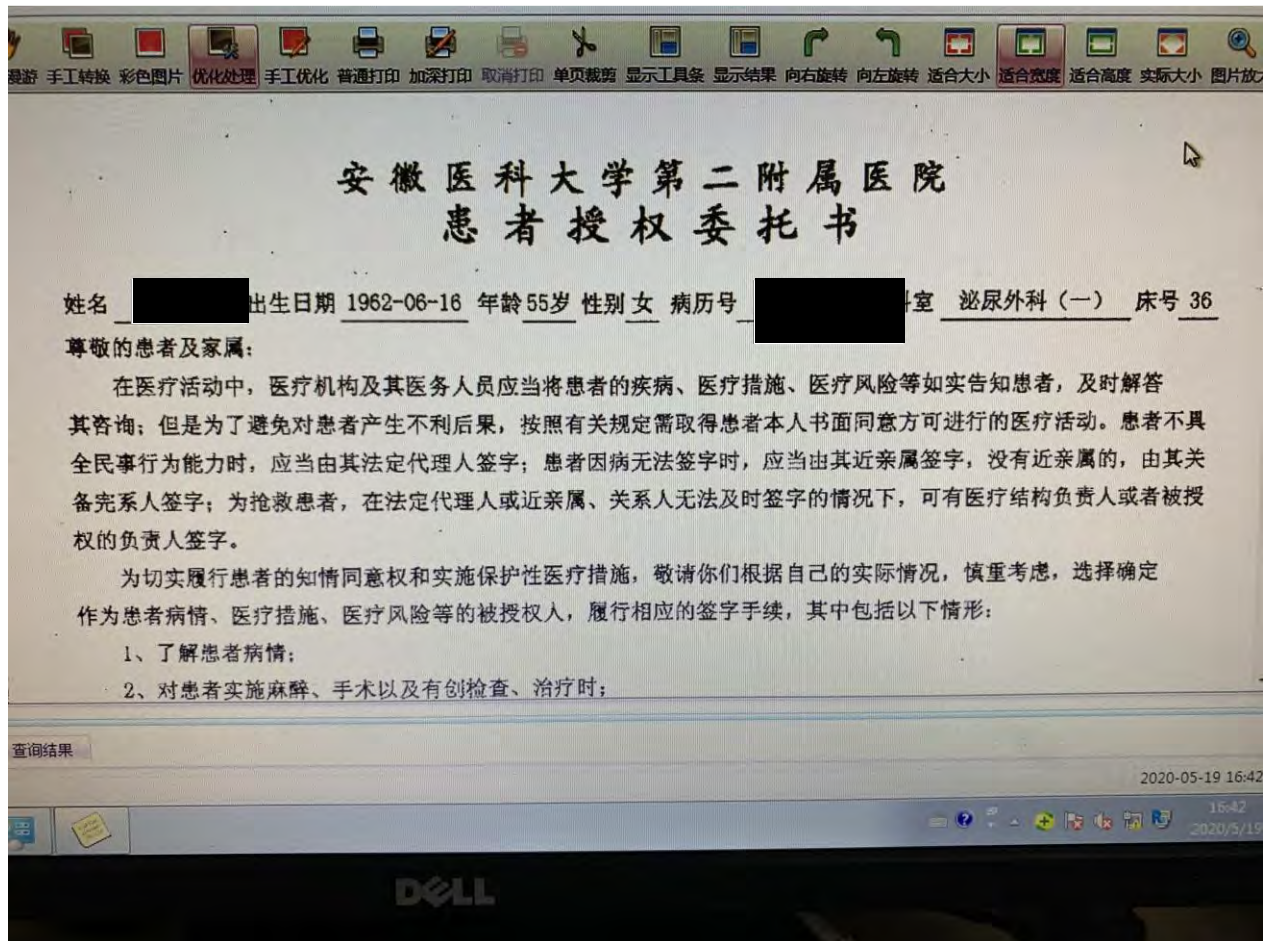
以下特殊情形,需法定监护人签字

未成年人(小于18周岁)、无民事行为能力或限制民事行为能力的成年患者(如昏迷、精神异常等),由其所有法定代理人共同协商制定其中一位代理人代行行使上述权利。

法定监护人签名: 与患者关系: 电话:

法定监护人身份证号码: 年 月 日 时 分

第 1 页



加床打印 取消打印 单页预览 显示工具条 显示结果 向右旋转

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1984-07-10 年龄 33 岁 性别 女 病历号 科室 颌面外科（一） 床号 24

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利影响，按照有关规定取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具备民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- 1、了解患者病情；
- 2、对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
- 3、使用贵重药物、耗材或进行贵重检查时；
- 4、为诊治疾病而超出报销范围使用特定药物或采取特殊医疗措施时；
- 5、因病情需要输血或血液制品时；
- 6、诊断性医疗；
- 7、患者暂时无知情同意能力但因病情危急需要紧急治疗时；

我授权 行使本人在该院医疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续。被授权人之行为视同本人知情同意。（请患者在空白处填写被授权人姓名）

患者签名： 2017 年 12 月 8 日 17 时 40 分

患者无法写字时按手印 手印说明 年 月 日 时 分

本人接受患者 的授权，同意代行使该患者在该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。（请被授权人在空白处填写患者姓名）

被授权人签名： 与患者关系 母女 电话：

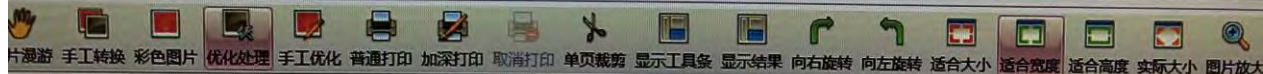
委托人身份证号码： 2017 年 12 月 8 日 17 时 40 分

以下特殊情况，需法定监护人签字

未成年人（小于18周岁），无完全民事行为能力的成年患者（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商制定其中一位代理人代行上述权利。

法定监护人签名： 与被授权关系 电话

法定监护人身份证号码： 年 月 日 时 分



安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1984-07-10 年龄 33岁 性别 女 病历号 科室 泌尿外科(一) 床号 24

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的疾病、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其具备完全民事行为能力人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- 1、了解患者病情；
- 2、对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时。

查询结果

2020-05-19 16:19

16:19

2020/5/19

DELL

加深打印 取消打印 单页裁剪 显示工具条 显示结果 向右旋转 向左旋转

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1969-09-11 年龄 49岁 性别 男 病历号 科室 泌尿外科(一) 床号 29

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询，但是为了避免对患者产生不利影响，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。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，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请您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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- 1、了解患者病情；
- 2、对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
- 3、使用贵重药物、耗材或进行贵重检查时；
- 4、为诊治疾病而超过医嘱范围使用特定药物或采取特定医疗措施时；
- 5、因病情需要输血或血液制品；
- 6、诊断性医疗；
- 7、患者暂时无知情同意能力但因病情危急需要紧急治疗时。

我授权 行使本人在该院医疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续，被授权人之行为视同本人知情和同意。（请患者在空白处填写被授权人姓名）

患者签名： 2017年 12月 06日 16时 00分

患者无法签字时签字印 手印说明 年 月 日 时 分

本人接受患者 的授权，同意代理行使该患者在该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。（请被授权人在空白处填写患者姓名）

总方委托人签名： 与患者关系 夫妻 电话

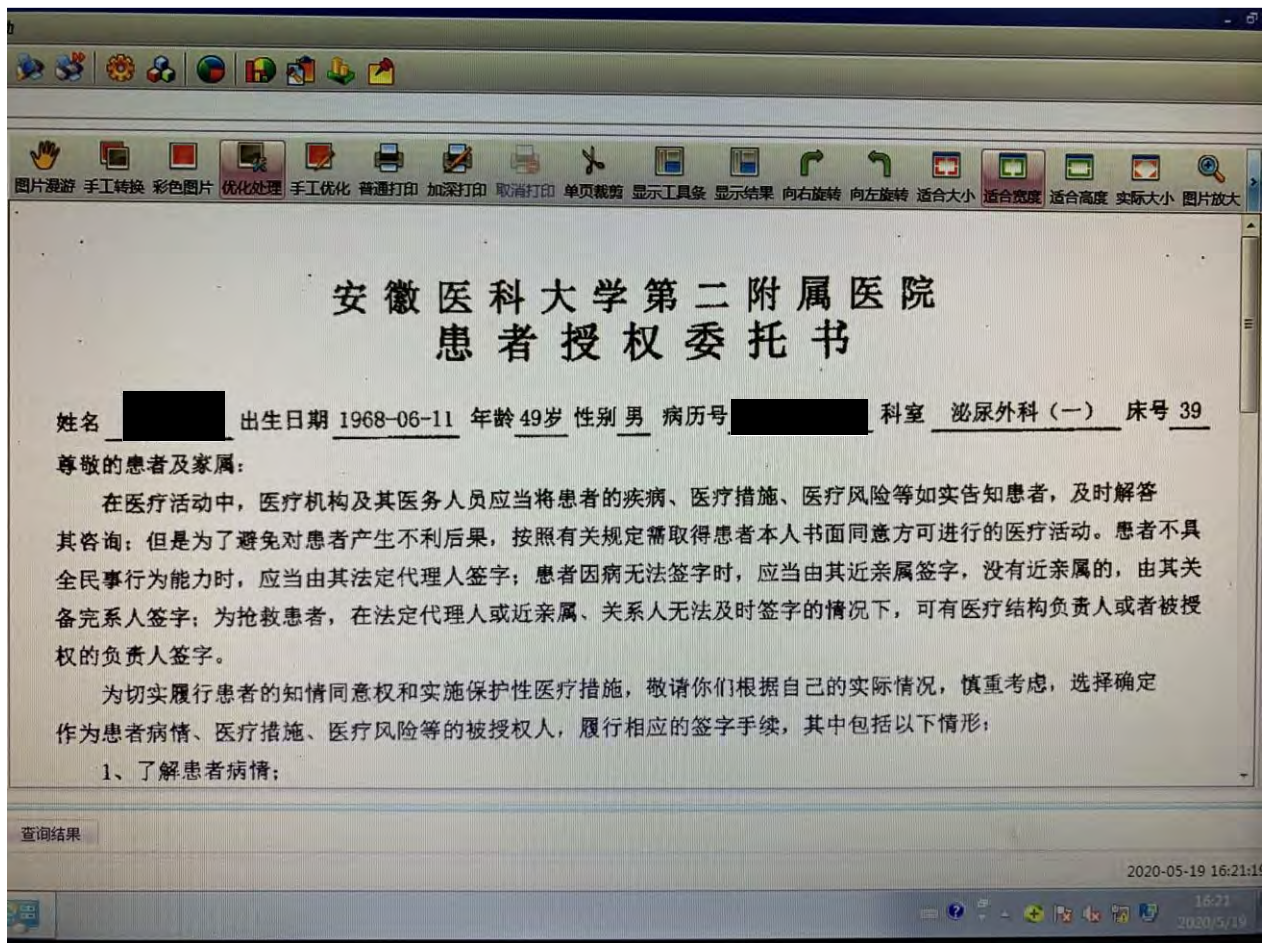
委托人身价证号码： 2017年 12月 06日 16时 00分

以下特殊情况，需法定监护人签字

未成年人（小于18周岁），无民事行为能力或限制民事行为能力者（如昏迷、精神异常等），由其法定代理人共同协商制定其中一位代理人代为行使上述权利。

法定监护人签名 与患者关系 电话

法定监护人身份证号码 年 月 日 时 分



打印 取消打印 单页裁剪 显示工具条 显示结果 向右翻页

安徽医科大学第二附属医院

授权委托书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 12岁 住院号: [REDACTED]
委托人(患者本人): [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED]
有效证件号码: [REDACTED] 住址: [REDACTED]
受托人: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 74 联系电话: [REDACTED]
有效证件号码: [REDACTED] 住址: [REDACTED]
与患者关系: ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐朋友 ☐其他

本人于____年____月____日因病住院。本人在住院期间,有关病情告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,本人郑重委托由____作为我的代理人,代为行使住院期间的医疗决策权利,并履行相应的签字手续,全权代表本人签字。被委托人的签字视同本人的签字。

受托人签署同意书所产生的后果,由患者本人承担。

患者签名: [REDACTED] (手印) 签名日期: 2015-01-02 20:49:44
受托人签名: [REDACTED] (手印) 签名日期: 2015-01-02 20:49:44

安徽医科大学第二附属医院

授权委托书

患者姓名

性别 男 年龄 12岁 住院号

委托人(患者本人)

性别

年龄

有效证件号码:

住址:

受托人:

性别

年龄

联系电话

有效证件号码

住址

与患者关系: ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

本人于____年____月____日因病住院。本人在住院期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,本人郑重委托由____作为我的代理人,代为行使住院期间的知情同意权。
受托人: 并履行相应的签字手续 全权代表本人签字,被委托人的签字视同本人的签字。

结果

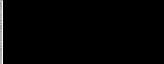

2020-05-19

DELL

深打印 取消打印 单页预览 显示工具条 显示结果 向右翻页

安徽医科大学第二附属医院

授权委托书

患者姓名  性别 女 年龄 53岁 住院号 

委托人(患者本人) 性别 年龄

有效证件号码: 住址:

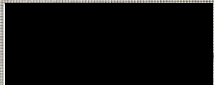
受托人: 性别 年龄 联系电话


有效证件号码 住址

与患者关系: ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

本人于____年____月____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,本人郑重委托由____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,全权代表本人签字,被受托人的签字视为本人的签字。

受托人签署同意书所产生的后果,由患者本人承担。

患者签名  (手写) 签名日期 2015-11-18 09:17:54

受托人签名  (手写) 签名日期 2015-11-18 09:17:54

安徽医科大学第二附属医院

授权委托书

患者姓名

性别 女 年龄

53岁

住院号

委托人（患者本人）

性别

年龄

有效证件号码：

住址：

受托人：

性别

年龄

联系电话

有效证件号码

住址

与患者关系：☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

果

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1993-01-09 年龄 24 岁 性别 男 病历号 科室 泌尿外科(一) 床号 26

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利影响，依照有关规定取得患者本人书面同意方可进行医疗活动。患者不具备民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权负责人签字。

为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请您们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择确定全权委托代理人、医疗措施、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

1. 了解患者病情；
2. 对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
3. 使用贵重药物、耗材或进行贵重检查时；
4. 为诊断或治疗超过医院规定使用特定药物或采取特定医疗措施时；
5. 因病情需要输注血液或血液制品；
6. 诊断性医疗；
7. 患者病情无法病情同意放弃因病情危急需要紧急治疗。

我授权 行使本人在该医疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续，被授权人之行为视同本人所为并负责。（请您在空白处填写被授权人姓名）

患者签名： 年 月 日 时 分
患者无法签字时，由 手印或指模 2017 年 9 月 11 日 17 时 57 分

本人接受患者 的授权，同意代其行使该患者在本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。（被授权人在空白处填写姓名并签字）

受托人签名： 与患者关系：
受托人身份证号码： 2017 年 9 月 11 日 17 时 57 分

以下特殊情况，需法定监护人签字

未成年人（小于18周岁），无民事行为能力或限制民事行为能力（如聋哑、精神异常等），由其所有法定代理人共同签署，其中一位代理人代为行使上述权利。

法定监护人姓名： 与患者关系： 电话：
法定监护人身份证号码： 年 月 日 时 分

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 出生日期 1993-01-06 年龄 24岁 性别 男 病历号 科室 泌尿外科(一) 床号 36

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的疾病、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

2020-05-19 16:41

16:41

2020/5/19

DELL

Patient 12

打印 取消打印 单页裁剪 显示工具条 显示结果 向右旋转 向左旋转

安徽医科大学第二附属医院

授权委托书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 18岁 住院号: [REDACTED]
委托人(患者本人): [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED]
有效证件号码: [REDACTED] 住址: [REDACTED]
受托人: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 45岁 联系电话: [REDACTED]
有效证件号码: [REDACTED] 住址: [REDACTED]
与患者关系: ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

本人于 2013 年 8 月 15 日因病住院, 本人在住院期间, 有决策权的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书, 本人因故委托由 [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, 全权代表本人签字, 被委托人的签字视同本人的签字。

受托人签署同意书所产生的后果, 由患者本人承担。

患者签名: [REDACTED] (于) 签名日期: 2013-08-18 08:24:45
受托人签名: [REDACTED] (于) 签名日期: 2013-08-18 08:24:45

安徽医科大学第二附属医院

授权委托书

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 18岁 住院号 [REDACTED]

委托人(患者本人) 性别 年龄 [REDACTED]

有效证件号码: 住址:

受托人: [REDACTED] 性别 男 年龄 45岁 联系电话 [REDACTED]

有效证件号码 住址

与患者关系: ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

本人于 2018年 8月 15日因病住院,本人在住院期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,本人郑重委托由 任永武 作为我的代理人,代为行使住院期间的知情同意权

2020-05-1

DELL