

成都中医药大学附属医院
四川省中医院
Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine
治疗知情同意书

姓名

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

因患者患有 尿毒症，根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受治疗，医生已充分告知我在治疗过程中可能发生的一些风险，具体的治疗方式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。我理解根据我个人情况，可能出现以下特殊并发症或风险： / 。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

☒ 我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于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的治疗方案做出调整。

患者签名

签名日期：2018年10月8日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名：_____ 与患者关系：_____ 签名日期：____年____月____日

医生陈述：

我已经告知患者将要进行治疗方案、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗过程的相关问题。

医生签名：

 /

签名日期：2018年10月8日

治疗知情同意书

尊敬的患者、

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

☒ 我的医生已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于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的治疗方案做出调整。

签名日期: 2018年 11月 10日

患者授权亲属签名：_____与患者关系：_____ 签名日期：____年____月____日

医生陈述：
我已经告知患者将要进行治疗方案、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗过程的相关问题。

簽名日期: 2018年 11月 10日

治疗知情同意书

病情和治疗建议:

患者知情选择:

☒ 2. 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方案做出调整。

☒3. 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

签名日期: 2011年 2月 8日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名: _____ 与患者关系: _____ 签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的治疗方案、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

签名日期: 2011年 7月 8日