

- 14) 骨折畸形愈合, 或愈合不良, 甚至不愈合, 需二次手术、植骨等可能;
- 15) 因各种原因取出内固定, 如: 感染, 内固定松动、断裂、移位, 骨折愈合等;
- 16) 术后功能障碍, 顽固性疼痛、麻木, 相邻关节功能障碍, 进一步需手术可能;
- 17) 其它不可预见的医疗风险, 危及生命;

且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的手术方式、此次手术及术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手术的相关问题。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

我并未得到手术百分之百成功的许诺。

被告知人陈述: 高朝晖 医师对实施该项手术措施的必要性及可能发生的风险 (共____项) 等情况已经以通俗易懂的方式充分告知。

1、对医师的告知我已理解其中含义。

2、我已经认识到实施该项医疗措施的必要性及可能发生的风险, 为了我本人 (患者) 的利益, 我同意实施该项医疗措施并承担相应医疗风险责任。且承诺不会以此为由与医院发生争议或拒交医药费。

患者签名

签名日期 2019 年 1 月 19 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 2019 年 1 月 20 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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手术的相关问题。

医生签名 高朝晖

签名日期 2019 年 1 月 20 日