

吉林大学第二医院治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]	住院号: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 8 岁
----------------	-----------------	-------	---------

病情和治疗建议:

患者患有 前臂交叉骨折 需进行 外科手术治疗, 我院已具备从事该手术的资格、技术以及配套设备。但手术过程中仍会出现不可预知的事件, 当出现意外事件后, 我们会严格遵循相关制度进行处理, 尽量减少患者所收到的损害。

医生陈述:

我已告知患者此次治疗过程中可能出现的全部风险, 相关替代治疗方法, 并且解答患者关于此次治疗的全部疑问。

医生签名: [Signature]

签名日期: 2019.5.03

患者知情同意:

1. 医生已告知我此次治疗过程中可能出现的全部风险, 相关替代治疗方法, 并且解答关于此次治疗的全部疑问。
2. 我同意进行此次治疗。
3. 医生未许诺此次治疗会百分之百成功。

患者姓名:

签名日期:

如果患者不具备签署知情同意书的权利, 请直系亲属签字

患者授权签字 [REDACTED]

与患者关系: 父子 签名日期: 2019.5.03