

南京市中西医结合医院

医患沟通记录

姓名

入院时沟通记录

沟通时间：2019-05-31 10:17

沟通地点：医生办公室

病情和治疗建议：

因患者患有结核性溃疡需进行全身抗结核联合局部换药治疗，我院已具备开展该项目的技术和设备条件，但仍存在一定的风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对，尽量减少损害程度。

医生陈述：

我已告诉患者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，可能存在的其他治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：余公水

签名日期：2019.05.31

患者知情选项：

1. 医师已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法，并且解答了关于我此次治疗的问题。
2. 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
3. 我已得到治疗百分之百成功的许诺。

患者姓

签名日期：2019.05.31

如果患者无法签署知情同意书，请授权的亲属再次签名：

患者授权人员签名：_____ 与患者的关系：_____ 签名日期：_____

患者照相授权，发布和出院

我同意并授权在 *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases* 中发布关于我病情的照片和/或视频。我了解，此类成像记录可以由 *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases* 和/或在获得 *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases* 许可和授权的情况下在任何印刷，视觉，电子或广播媒体中发布。我进一步了解，成像记录将成为 *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases* 所有。

我了解我可以拒绝签署此授权书，并且这种拒绝不会对我接受的治疗产生任何影响。

我允许 *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases* 以及其他方在其许可证与权力允许的范围内行使自己的权力，免除发布我影响记录的任何费用，包括与付款有关的任何索偿，在任何媒介中散布或发布成像记录，或任何第三方因散布或发布而引起的任何索赔。

我在此保证我已经超过 18 周岁，并有权以我自己的名义签约。

为了公众教育的利益，我授予此同意作为自愿捐款，并证明我已阅读上述授权、发布和解除并完全理解其条款。

PATIENT PHOTOGRAPHIC AUTHORIZATION, RELEASE AND DISCHARGE

I give my consent and authorize the photograph(s) and/or video featuring my likeness to be published in *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases*. I understand that such imaging records may be published by *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases* and/or any party acting under the license and authority of *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases* in any print, visual, electronic or broadcast media.

I further understand that the imaging records shall become the property of *Medicine*®.

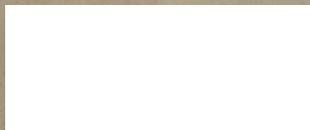
I understand that I may refuse to sign this authorization and such refusal will have no effect on the medical treatment I receive.

I release and discharge *WORLD J CLIN CASES/World Journal of Clinical Cases*, and all parties acting under their license and authority from all rights that I may have in the imaging records and from any claim that I may have relating to such use in publication, including any claim for payment in connection with distribution or publication of the imaging records in any medium or any claim arising from the distribution or publication by any third party.

I hereby warrant that I am over 18 years old, and competent to contract in my own name.

I grant this consent as a voluntary contribution in the interest of public education and certify that I have read the above Authorization, Release and Discharge and fully understand its terms.

病人：



日期：2021.03.02

医师：

金全永

日期：2021.03.02

