

丽水市中心医院 告知书及授权书



姓名: [REDACTED] 出生年月: [REDACTED] 住院号: [REDACTED] 科室: 消化内科1 床号: [REDACTED]

尊敬的患者及患者家属

一、依照《中华人民共和国侵权责任法》(中华人民共和国主席令 第二十一号)第五十五条规定“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的,医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其书面同意”。卫生部《病历书写基本规范》第十条规定“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动,应当由患者本人签署知情同意书。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,应当由其授权的人员签字;为抢救患者,在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。”为切实保障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、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

二、依据卫计委《电子病历基本规范》要求,我院的医疗文书采用电子病历系统,医务人员身份标识以工号+密码的电子签名方式体现,根据《中华人民共和国电子签名法》相关规定,医患双方约定,本院所有医疗文书中,医护人员身份识别采用电子签名。

三、请不要向医院职工赠送钱物,医院严禁职工向病人和家属索要钱物。

上述告知及约定内容已充分了解并接受,经慎重考虑,我们做出以下选择:

☒ 我选择本人作为在该院医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

患者签名: [REDACTED] (患者无法写字时按手印并说明) 20 17 年 0 月 25 日 17 时 00 分

☐ 我选择以授权方式行使本人在医疗期间的知情同意和选择权,任一被授权人签名同意后所实施的诊疗行为视同本人知悉与同意。

患者签名: (患者无法写字时按手印并说明) 20 年 月 日 时 分

被授权人甲签名: 与患者关系: 电话:

身份证号码: 20 年 月 日 时 分

被授权人乙签名: 与患者关系: 电话:

身份证号码: 20 年 月 日 时 分

被授权人丙签名: 与患者关系: 电话:

身份证号码: 20 年 月 日 时 分

以下特殊情况,只需监护人或近亲属签字:

☐ 患者未成年人 ☐ 患者因病不具备完全民事行为能力

代理人甲签名: 与患者关系: 电话:

身份证号码: 20 年 月 日 时 分

代理人乙签名: 与患者关系: 电话:

身份证号码: 20 年 月 日 时 分

患者家属不在现场,为抢救患者,医院领导或总值班签名: _____