

知情同意书

尊敬的被评估者：

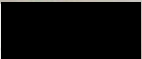
我们诚邀您参加一项脑增生性血管病的相关评估，在参加评估之前，请您阅读以下内容：

- a) 该评估希望了解脑增生性血管病在中国人群中的发病情况，探讨脑增生性血管病的危险因素和临床表现等，从而为探讨该疾病的病因、发病机制和制定合理的防治措施奠定基础；
- b) 本项评估的必须项目均对您的身体健康无任何危害；
- c) 您的所有个人资料与观察记录均属保密；
- d) 通过本项评估，您可以进一步了解脑增生性血管疾病的相关知识，获得更多的医疗咨询服务。

被调查者：

我已阅读上述内容，以下签名代表我愿意参加此次评估，并与评估员充分合作。

患者签名：  日期： _____年____月____日

授权亲属签名：  日期： 2019年7月20日

安徽医科大学第一附属医院
患者授权委托书

姓名： 科别：神经内科一 病区：神经内科一病区 床号：加0101 住院号：

委托人（患者本人）： 性别：男 年龄：76岁 联系电话：

有效身份证件号码： 住址：

受托人： 性别：女 年龄：26 联系电话

有效身份证件号码：

与患者关系： 女

本人于2019-07-24因病入院。本人在住院期间，有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托 作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签字，受托人的签字视同本人的签字。

签署同意书后所产生的后果，由患者本人承担。

委托人签名： 年 月 日

受托人签名： (手印) 2019年 7 月 24 日