

# 山东省医学科学院颈肩腰腿痛医院

Shandong Academy of Medical Sciences Neck Shoulder Lumbar and Leg Pain Hospital

## 治疗知情同意书

患		性别：女	年龄： 34	ID 号： _____
---	--	------	--------	-------------

### 病情和治疗建议：

因患者患有 腰痛病 需进行 三维平衡正脊手法 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：

我已告诉总者将要进行治疗的方式，此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他的治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：

张永浩

签名日期：

2017.3.7

### 患者知情选择：

- ☒ 1. 医师已经告知我应进行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治疗方式做出调整。
- ☒ 3. 我未

患者姓名

名日期： 2017.3.7

如果患者无法签署知情同意书，请授权的亲属在此签名：

患者授权人员签名：\_\_\_\_\_ 与患者关系：\_\_\_\_\_ 签名日期：\_\_\_\_\_