

知情同意书

本人 [REDACTED] 同意将

☒ 本人

☐ 子女或父母

☐ 其他亲属

在北京大学第三医院骨科住院期间的疾病诊疗信息及数据发表于 WJCC

通讯作者 [Signature]

注:在患者已死亡或没有能力给予同意的情况下,可以由其近亲属给予同意。若患者年龄在16岁以下,应得到父母或监护人的同意。

文章中所有文字、图片或视频

1. 作为对专业人员的教育出版物发表
2. 如该刊物或产品以公开获取的方式发表,该刊物或产品将会在互联网上免费提供,并可让公众人士阅览。
3. 文字、图片和视频也可能出现在其他网站或印刷品上,可能被翻译成其他语言或用于商业目的。

☒ 本人已知晓并同意上述情况

☒ 本人已知晓所有病历资料不会附上(本人)/子女或父母/其他亲属的名字,但作者不能保证完全匿名。

☒ 本人已得到阅读手稿的机会,并选择阅读了全文/但(没有选择阅读全文)。

☒ 医生已告知本人,可以拒绝签署这份知情同意书,而拒绝签字将不会影响任何治疗。

☒ 本人已知晓此授权为公众教育之自愿捐献,本人已认真阅读上述内容,并完全理解其条款。

患者姓名 [REDACTED] 日期 [REDACTED]

作者姓名 [Signature] 日期 2021.3.24 签字 [Signature]