重庆市急救医疗中心　　重庆市第四人民医院

手术知情同意书

姓名：[redacted]　性别：男　年龄:39岁　床号：36　住院号：826777　科别:骨科病区

患者签名：[redacted]　签名日期：

身份证号　联系电话：

通讯地址：

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名：　与患者关系：　签名日期：

身份证号：　联系电话：

通讯地址：

医生陈述 我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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手术的相关问题。

医生签名：　签名日期：