

丽水市中心医院

告知书及授权书



姓名 出生年月日 住院号 科室 消化内科1 床号

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 （患者无法写字时按手印并说明） 20 年 月 日 时 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：