



姓名 [REDACTED] 性别 男 科别 神经内科3病房 床号 [REDACTED] 病案号 [REDACTED]

授权知情同意书

尊敬的患者及家属：

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）第七章“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。”为切实履行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、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

浙江大学医学院附属第二医院

上述告知书内容本人已充分了解，经慎重考虑，我确定：

☒ 由本人作为病情、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。

☐ 授权 [REDACTED] 作为病情、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：

签名时间：2013年9月17日14时18分

本人接受患者 [REDACTED] 的授权，同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名：

与患者关系：

签名时间： 年 月 日 时 分

身份证号码： [REDACTED]

联系电话： [REDACTED]

未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力的成年患者（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商指定其中一位代理人代为行使上述权利。

代理人签名：

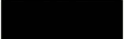
与患者关系：

签名时间： 年 月 日 时 分

身份证号码： [REDACTED]

联系电话： [REDACTED]

本授权书保留在病历中。

姓名  性别 女 科别 神经内科3病房 床号  病案号 

授权知情同意书

尊敬的患者及家属：

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）第七章“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。”为切实履行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、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

浙江大学医学院附属第二医院

上述告知书内容本人已充分了解，经慎重考虑，我确定：

- ☒ 由本人作为病情、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。
- ☐ 授权 _____ 作为病情、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：



签名时间：2017年9月6日6时0分

本人接受患者 _____ 的授权，同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名： 与患者关系： 签名时间： 年 月 日 时 分

身份证号码： _____

联系电话： _____

未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力的成年患者（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商指定其中一位代理人代为行使上述权利。

代理人签名： 与患者关系： 签名时间： 年 月 日 时 分

身份证号码： _____

联系电话： _____

本授权书保留在病历中。



姓名 [REDACTED] 性别 女 科别 神经内科1病房 床号 [REDACTED] 病案号 [REDACTED]

授权知情同意书

尊敬的患者及家属：

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）第七章“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。”为切实履行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、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

浙江大学医学院附属第二医院

上述告知书内容本人已充分了解，经慎重考虑，我确定：

- ☒ 由本人作为病情、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。
- ☐ 授权 [REDACTED] 作为病情、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：

[REDACTED]

签名时间 2017年6月24日15时00分

本人接受患者 [REDACTED] 的授权，同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名：

与患者关系：

签名时间： 年 月 日 时 分

身份证号码： [REDACTED]

联系电话： [REDACTED]

未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力的成年患者（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商指定其中一位代理人代为行使上述权利。

代理人签名：

与患者关系：

签名时间： 年 月 日 时 分

身份证号码： [REDACTED]

联系电话： [REDACTED]

本授权书保留在病历中。