

中国人民解放军海军特色医学中心

患者告知书

No:001

患者姓名

性别

年龄

住院号

ID号:

为保障您住院治疗期间享有充分的知情同意权，医务人员将向您告知您的病情、主要医疗措施、医疗风险等情况，解答您对疾病的咨询。未经您本人充分知情和签名同意，医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但是由于各人心理承受能力不同，以及疾病发展具有不可预测性，为有利于治疗，请您现授权委托一位您充分信任的代理人，代为行使您的知情同意权。我院将根据您签名出具的授权委托书，视代理人的行为为您本人真实的意思表示。如您为未满18周岁或没有民事行为能力和限制民事行为能力的，您的法定监护人为您的法定代理人，代为行使知情同意权。

为了让医生给您制定最佳的治疗方案，请您务必客观、真实地向医生提供您的病情资料和相关情况。

特此告知

附空白授权委托书一份

中国人民解放军海军特色医学中心 空勤科病区

谈话人:曾葭

2021-10-09

上述告知书内容本人已充分了解，本人决定选择以下方式（不选择处划掉）：

1. 向贵院出具授权委托书指定代理人。
2. 向贵院出具户籍等相关证明，明确法定代理人。
3. ☒ 本人决定不委托代理人，如本人疾病出现危急情况或不可预知情况，授权经治医师决定治疗方案，如有医疗风险和不良后果，由本人自行负责。

住院号：346939

患者签名

签名日期：2021年10月9日

中国人民解放军海军特色医学中心

患者告知书

No:001

患者姓名

性别

年龄

住院号

ID号

为保障您住院治疗期间享有充分的知情同意权，医务人员将向您告知您的病情、主要医疗措施、医疗风险等情况，解答您对疾病的咨询。未经您本人充分知情和签名同意，医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但是由于各人心理承受能力不同，以及疾病发展具有不可预测性，为有利于治疗，请您现授权委托一位您充分信任的代理人，代为行使您的知情同意权。我院将根据您签名出具的授权委托书，视代理人的行为为您本人真实的意思表示。如您为未满18周岁或没有民事行为能力和限制民事行为能力的，您的法定监护人为您的法定代理人，代为行使知情同意权。

为了让医生给您制定最佳的治疗方案，请您务必客观、真实地向医生提供您的病情资料和相关情况。

特此告知

附空白授权委托书一份

中国人民解放军海军特色医学中心 空勤科病区

谈话人：曾葭

2021-10-09

上述告知书内容本人已充分了解，本人决定选择以下方式（不选择处划掉）：

1. 向贵院出具授权委托书指定代理人。

2. 向贵院出具户籍等相关证明，明确法定代理人。

3. ☒ 本人决定不委托代理人，如本人疾病出现危急情况或不可预知情况，授权经治医师决定治疗方案，如有医疗风险和不良后果，由本人自行负责。

住院号：334131

患者签名

签名日期：2021年10月9日