

河北省眼科医院
治疗知情同意书

患者姓名

性别 女

年龄 63岁

病情和治疗建议:

因患者出现良性阵发性位置性眩晕,俗称“耳石症”,需要进行耳石复位治疗。我院已具备开展该项目的技术和设备条件,但仍存在一定的风险和意外。出现风险和意外时,我院会严格按照有关制度进行积极应对,尽量减少损害程度。

医生陈述:

我已告知患者将要进行的治疗方式,以及此次治疗及治疗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治疗的相关问题。

医生签名: 赵峰

签名日期 2022.2.10

患者知情选择

☒1.医师已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险,可能存在的其他治疗方法,并且解答了我的问题。

☒2.我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预订治疗方式做出调整。

☒3.我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者本人或亲属签名

与患者关系

本人

签名日期

2022.2.10