



浙江省人民医院
ZHEJIANG PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL
杭州医学院附属人民医院
PEOPLE'S HOSPITAL OF HANGZHOU MEDICAL COLLEGE



姓名: 科室: 消化科 病区: 床

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”。国家卫健委《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。”依照《电子病历应用管理规范(试行)》,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,患者采用手写签字板签名+指纹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,医护人员和患者的身份识别均采用电子签名。

患者及家属应尊重医务人员,爱护公共设施,服从管理和安排,积极配合诊疗活动,做好有效沟通和协调,不向医务人员送“红包”及贵重礼品,共创廉洁和谐的医疗环境。

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。

上述告知书内容本人已充分了解,经慎重考虑,我确定通过以下方式选择:

- ☒ 由本人作为病情、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。
☐ 以授权作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并全权代表本人签署各项医疗活动同意书,被授权人的签字视同本人的签字。
☐ 患者本人不具备完全民事行为能力,由法定监护人直接履行知情同意和选择权。

患者(法定监护人)签名:

经管医生: 陈之皓 签名时间:

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

被授权人签名:

身份证号码: 联系电话:

与患者关系:

现确认增加以下被授权人,至签字时间起,被授权人均可独立代理行使本人本次治疗期间的权利。

患者签名:

被授权人签名:

身份证号码: 与患者关系:

