合肥市第二人民医院

特殊检查和治疗知情同意书

姓名：　　性别：　年龄：　　科别：内分泌科　　床号：　　住院号：

入院日期：

诊断：

拟行特殊检查或治疗项目名称及目的：
拟行特殊检查或治疗过程中可能出现的并发症和风险：本项检查不涉及常规医疗或体检以外的生物标本采集，无侵入性检查或放射性检查，研究数据仅限与我院病案存储，在收集资料过程中积极保护患者隐私。

患者或患者委托人知情后意见：

医师所说以上情况我已听懂、明白，同意拟行上述特殊检查或治疗项目，出现上述并发症及风险，表示谅解。

医师签字：　　患者或患者委托人签字：

年　月　日　　年　月　日