

姓名 性别 男 科别 神经内科5病区 床号 0801 病案号

授权知情同意书

2018-08-B

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”。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。

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。
☐ 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。

患者签名： 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： 身份证号码： 与患者关系：
联系电话： 签名时间： 20 年 月 日 时 分

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： 签名时间： 20 年 月 日 时 分
被授权人签名： 身份证号码： 与患者关系：
联系电话： 签名时间： 20 年 月 日 时 分

患者签名： 签名时间： 20 年 月 日 时 分
被授权人签名： 身份证号码： 与患者关系：
联系电话： 签名时间： 20 年 月 日 时 分

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），由其法定代理人代为行使上述权利。

代理人签名： 身份证号码： 与患者关系：
联系电话： 签名时间： 20 年 月 日 时 分

（本授权书保留在病历中）