



大连医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF DALIAN MEDICAL UNIVERSITY

患者知情同意及委托授权书

姓名: [REDACTED]

病房: 神经内三科

住院号: [REDACTED]

尊敬的患者:

您好! 欢迎您到我院就医, 本院会尽力为您提供最优质的医疗服务, 祝您能够早日恢复健康。同时, 为了充分尊重您的知情同意权, 特告知如下:

1. 您应向医务人员详尽如实地提供您的健康情况, 既往患过疾病及诊治经过、药物过敏史及近期是否到传染病疫区等; 入院时应当使用真实姓名; 入院后不准离院或外出, 若违反上述规定将由您承担由此引发的不良后果。

2. 为更全面地了解患者的健康情况, 患者入院后将进行必要的常规检查(血、尿、便常规、生化等), 以除外其他系统疾病, 根据病情需要, 还需进一步的检查。

3. 根据《传染病防治法》相关规定, 并更好地维护您和其他患者的健康, 每位住院患者需进行肝炎病毒、艾滋病、梅毒等传染病筛查。

4. 根据法律规定, 在医疗活动中如需手术、麻醉、特殊检查、特殊治疗、输血、重症抢救和其它诊疗事宜, 应当由您或您的代理人签署各项医疗活动同意书。这些文书一经双方签署, 就具有相应法律效力。请您慎重考虑并在此委托您的代理人: [REDACTED] 作为您在医院医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者, 全权处理您在诊疗过程中及与诊疗相关的一切事宜。

5. 您在发生医疗纠纷后应保持理智、冷静, 按照法律规定程序处理, 绝不能扰乱正常诊疗秩序。出院后若需复印客观病志, 请携带患者身份证及出院小结到病案室办理。

6. 医学为特殊自然科学, 由于当前医疗及科技水平限制, 无法对某些疾病的诊疗及特殊并发症做出准确预测, 有时虽有医、护、患各方面的努力, 仍难以完全避免某些并发症的发生或诊疗效果欠佳。患、医双方财力、物力及精神之付出可能与期望值差距较大。以上请患者及家属予以理解。

患者意见: 经医师告知, 我已经了解上述情况并表示理解。

患者本人签名 [REDACTED]

主治医师签名 申政俊/王晓彤

代理人签名 [REDACTED]

代理人与患者的关系

夫妻

2021年03月22日

2021年03月22日