

中国人民解放军总医院

整形修复科知情同意书

门诊号: Y4205387

住院科室: 整形修复科病区

住院号: 47788F

姓名	性别:男	年龄:45岁	联系电话:
主 要 诊 断	外伤后腹壁缺损修复术后		
整形修复科住院患者知情项目告知	1. 患者就诊时必须使用真实姓名, 如实填写工作单位、家庭地址、身份证号码、联系电话等各项内容。 2. 如实告知接诊医师既往病史, 如: 是否做过整形美容手术、手术名称、医疗机构等详细情况。 3. 如曾在本院看过门诊或住院治疗, 应使用原病历, 不要重建病历。 4. 手术患者由于需要术前、术后效果比较, 均应按医疗要求拍摄图片(照片不做商业用途)。 5. 患者不使用真实姓名、隐瞒既往病史等出现的一切后果由患者负责。 6. 医院将保护患者的隐私权, 对患者提供的所有资料保密, 但在需向公、检法有关机构、卫生局、医疗鉴定机构、保险机构等提供证据性资料时除外。 7. 整形修复科所有项目均为自费项目, 有报销或其他特殊要求者需于住院前事先声明并报相应部门审批。 如果您对以上内容全部理解并知晓, 请签字, 感谢您的合作! 祝您早日康复! 经治医师签名: <u>陈卫红</u> 主管医师签名: <u>高</u> 主诊医师签名: <u>王</u> 日期: 2019年 11月 6日		
患 者 知 道 选 择 意 见	我已明确阅读上述项目, 对此我们表示知情并同意上述条款, 患者签名: <u>陈卫红</u> 日期: 2019年 11月 6日 如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的委托人在此签名: 授权委托人签名: _____ 与患者关系: _____ 日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 单位负责人签名: _____ 职 务: _____ 日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日		