

丽水市中心医院

告知书及授权书



姓名: 出生年月日: 1954-10-04 住院号: 科室: 心血管内科3 床号:

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人:

一、根据《民法典》第一千二百九十九条规定:“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”。原卫生部《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。

二、请不要向医院职工赠送“红包”、礼品和礼物,医院严禁职工向病人和家属索要“红包”、礼品和礼物。若有职工向您索要“红包”、礼品和礼物,请致电我院纪检监察室,联系电话2285051。

上述告知及约定内容已充分了解并接受,经慎重考虑,我们做出以下选择:

☒ 我选择本人作为在该院医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

患方签名:

签名时间: 2023.02.15

☐ 我选择以授权方式行使本人在医疗期间的知情同意权和选择权,任一被授权人签名同意后所实施的诊疗行为视同本人知悉与同意。

患方签名:

签名时间:

被授权人签名:

与患者关系:

签名时间:

身份证:

电话:

以下特殊情况,只需监护人或近亲属签字:

☐ 患者未成年人

☐ 患者因病不具备完全民事行为能力

代理人签名:

与患者关系:

签名时间:

身份证:

电话:

患者家属不在现场,为抢救患者,医院领导或总值班签名:

签名时间: