



北京协和医院
Peking Union Medical College Hospital
Beijing, China

门诊知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

病情和治疗建议:

因患者因 继发闭经 就诊, 我院已具备诊治相关疾病的技术和设备条件, 但仍存在一定风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对, 尽量减少损害程度。

医生陈述:

我已告知患者疾病诊断依据、几种解决方式及随后可能发生的并发症和风险, 并且解答了患者关于此次诊治的相关问题。

医生签字: [REDACTED]

签字时间: 2012/12/12



患者知情选择:

- ☒ 医师已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方式, 并且解答了关于我此次治疗的问题。
- ☒ 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。
- ☒ 我未得到治疗百分之百的承诺。

患者姓名: [REDACTED]

签字时间: 2012/12/12

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者授权人员签名: _____ 与患者关系: _____ 签字时间: _____



北京协和医院
Peking Union Medical College Hospital
Beijing, China

门诊知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

病情和治疗建议:

因患者因继发闭经就诊, 我院已具备诊治相关疾病的技术和设备条件, 但仍存在一定风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对, 尽量减少损害程度。

医生陈述:

我已告知患者疾病诊断依据、几种解决方式及随后可能发生的并发症和风险, 并且解答了患者关于此次诊治的相关问题。

医生签字: [REDACTED]

签字时间: [REDACTED]



患者知情选择:

- ☒ 医师已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方式, 并且解答了关于我此次治疗的问题。
- ☒ 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。
- ☒ 我未得到治疗百分之百的许诺。

患者姓名: [REDACTED]

签字时间: 2022-02

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者授权人员签名: _____ 与患者关系: _____ 签字时间: _____



北京协和医院
Peking Union Medical College Hospital
Beijing, China

门诊知情同意书

患者姓名

病情和治疗建议:

因患者因 继发闭经 就诊, 我院已具备诊治相关疾病的技术和设备条件, 但仍存在一定风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对, 尽量减少损害程度。

医生陈述:

我已告知患者疾病诊断依据、几种解决方式及随后可能发生的并发症和风险, 并且解答了患者关于此次诊治的相关问题。

医生签字:

签字时间:



患者知情选择:

- ☒ 医师已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方式, 并且解答了关于我此次治疗的问题。
- ☒ 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。
- ☒ 我未得到治疗百分之百的许诺。

患者姓名:

签字时间: 22-07

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者授权人员签名: _____ 与患者关系: _____ 签字时间: _____