

上海市徐汇区中心医院

授权委托书

患者姓名		性别	男	年龄	75	病区	心	床号		住院号	
------	--	----	---	----	----	----	---	----	--	-----	--

委托人（患者本人） [REDACTED] 性别 男 年龄 75
 身份证号 [REDACTED]
 住址： [REDACTED]

代理人： [REDACTED] 性别 女 年龄 76 联系电话： [REDACTED]
 身份证号码： [REDACTED]
 住址： 同上

与患者关系： ☒ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属
☐ 同事 ☐ 朋友 ☐ 其他 _____

本人于 2019 年 8 月 19 日因病住院。本人在住院期间 [REDACTED] 的告知以及
 在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托 [REDACTED] 作为我的代
 理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字， [REDACTED] 代表本人签
 字，代理人的签字视同本人的签字。

代理人签署同意书后所产生的一切后果，由患者本人承担。

患者签名： [REDACTED]

代理人签名 [REDACTED]

2019 年 8 月 19 日

2019 年 8 月 19 日

患者告知书

为保障您住院治疗期间享有充分的知情同意权，医务人员将向您告知您的病情、主要医疗措施、医疗风险等情况，解答您对疾病的咨询。未经您本人充分知情和签名同意，医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但是由于各人心理承受能力不同，以及疾病发展具有不可预测性，为有利于治疗，请您现授权委托一位您充分信任的代理人，代为行使您的知情同意权。我院将根据您签名出具的授权委托书，视代理人的行为为您本人真实的意思表示。如您为未满 18 周岁或没有民事行为能力和限制民事行为能力的，您的法定监护人为您的法定代理人，代为行使知情同意权。

为了让医生给您制定最佳的治疗方案，请您务必客观、真实地向医生提供您的病情资料和相关情况。

特此告知

附空白授权委托书一份

上海徐汇区中心医院

谈话人 2

2019 年 8 月 19 日

上述告知书内容本人已充分了解，本人决定选择以下方式（不选择处划掉）：

1. ☒ 向贵院出具授权委托书指定代理人。
2. ☐ 向贵院出具户籍等相关证明，明确法定代理人。
3. ☐ 本人决定不委托代理人，如本人疾病出现危急情况或不可预知情况，授权经治医师决定治疗方案，如有医疗风险和不良后果，由本人自行负责。

住院号：
患者签名

2019 年 8 月 19 日