

吉林大学第二医院
患者知情同意授权委托书

姓名: [redacted] 性别: 女 年龄: 35岁 科室: [redacted] 病案号: [redacted]
患者姓名: [redacted] 性别: 女 年龄: 35岁 病案号: [redacted]
科 室: [redacted] 身份证号码: [redacted]
临床诊断: 丁型肝炎病毒携带

鉴于 病情 原因, 现委托 [redacted] (身份证号: [redacted])
与患者的关系: 丈夫) 为代理人, 在接受诊疗服务中, 就如下范围 _____ 中所涉及的
问题, 代行患者本人的知情同意权, 其所签署的文书及所做决定, 医院方面应视为患者本人
同意, 由此产生的一切后果均由患者本人承担负责。

授权范围:

1. 特殊诊断范围。
2. 特殊治疗项目。
3. 非医疗保险诊疗及药品目录的项目。
4. 全部诊疗过程。
5. 其他: 无



授 权 人 (签名或画押): [redacted]

被授权人 (签名或画押): [redacted]

经 治 医 师 (签 名):

李春晓
[redacted]

签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

签名日期: 2021 年 4 月 29 日