

施术或手术 (检查 , 麻醉) 同意书

登记号码 :	
诊断名 :	Bell's palsy
施术名 :	Stem cell treatment
主治医师(说明医师)	(签名)
☒ 施术 ☐ 手术 ☐ 检查 ☐ 麻醉	

本人从医生听到说明, 关于本人 (或患者) 的施术或手术及麻醉 (或检查) 的必要性, 内容, 预想的并发症, 后遗症 () 等得到充分的了解, 关于因本手术及麻醉 (或检查) 而会导致的不可抗力地并发症或因患者的特殊体制而会发生的意外的事故, 通过事前的说明得到充分的了解, 誓约协助手术及麻醉 (或者检查), 要充分参考如下的事项, 对于按如下的项目来实施的医学上的处理, 委任主治医师的判断, 同意施术, 手术, 麻醉。 (或者检查)

过去病例 :		过敏 :	
特殊体制 :		糖尿病 :	
高低血压 :		出血倾向 :	
心脏病 :		麻药事故 :	
因药物而发生的事故 :			

2013年 3月 15日

患者或者代理人(患者的)

签名 电话号码 :

地址 :

保证人 :

签名 电话号码 :

身份证号码 :

地址 :

※ 本同意书是要有患者本人的署名或盖章才有效, 可如果患者本人有身体上, 精神上有障碍或者是未成年的话, 保护者或代理人可以代理签名。

97.7 B&H HOSPITAL

院长 台端