

治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 8岁	ID号: 1004448037
------------------	-------	--------	-----------------

病情和治疗建议:

因患者患有 癫痫 需进行 抗癫痫 治疗, 我院已具备开展该项目的技术和设备条件, 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:

我已告诉患者将要进行治疗的方式, 此次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法, 并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: [Signature]

签名日期: 2018.6.1



患者知情选择:

☒ 1 医师已经告知我应进行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法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。

☒ 2 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。

☒ 3 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者姓名: _____

签名日期: _____

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: [REDACTED]

与患者关系: 父子

签名日期: 2018.6.1