

入院知情同意书

入院时间：2017.4.6.

入院诊断：食管胸下段Ca?

主管医生：孙永攀

联系电话

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您好！首先欢迎您入住我院，感谢您对我院的信任和支持。

我院始建于1947年，目前是贵州省人民政府主办的一所大型"三甲"综合医院，"以病人为中心"是我们的服务宗旨。现将住院患者须知通知您，希望得到您的理解和配合，让我们共同营造一个温馨的医疗环境，使您早日康复。

一、 在我院就诊中您享有的权利：

1、您享有医疗救治、预防保健服务的权利。

2、您享有知道疾病诊断、病情进展、医生建议的诊疗方案、费用、相应风险、疗效及愈后的权利，医护人员会将有关情况向您说明，如您有不明之处，请及时提出请医护人员解答。您对医生提出的诊断及治疗方案享有选择权和决定权。

3、您身体出现不适或需要帮助时，请使用床头呼叫器呼叫医护人员，或者通过其他方式通知护士站，我们将及时为您提供医疗、护理服务。

4、您可以书面委托具有民事行为能力的人作为您的代理人，代您行使相关的知情同意权利和诊疗选择决定权利。

5、您有权利复印法律规定范围内的病历资料。

6、我院尊重您的隐私权，您可以要求医生对您的病情进行保密。

7、我院规定：工作人员不得收受“礼品和红包”。请您监督，若有违反者，请举报至职业道德管理科，电话 5937094。

8、我院在每个病房都设立了意见箱，欢迎您及家属对医院工作提出宝贵意见，以便及时改进我们的工作和服务。

9、如果发生医疗纠纷，您可向医院接待投诉部门反应并协商解决，或申请卫生行政部门调解处理，或向人民法院提起诉讼。

二、 在我院住院期间您应履行的义务

1、您必须提供真实的个人信息，包括姓名、性别、年龄、身份证、地址、联系方式

及报销类别等。凡冒用他人姓名就医而发生的医疗费用及纠纷等后果自负。

2、您必须向医护人员详尽如实地提供与您健康有关的一切情况，包括本次患病的基本情况、既往病史、诊治经过、药物过敏史及其他有关详情。凡因隐瞒病情而发生的延误诊治、费用等后果自负。

3、请您和家属遵守医院的规章制度，听从医护人员的指导和安排，不要擅自翻阅病历和其他医疗记录，如欲了解病情可向主管医师咨询。

4 入院后请您遵守医院规定，住院期间身着病号服，不要穿病号服外出。住院期间请勿擅自离开病区、医院及外宿，以免发生意外。由于您擅自离开病区、医院或者外宿而引起的任何意外情况后果自负，我院不承担任何责任。

5、医护人员查房、治疗时间请您不要离开病房。不要在病室内大声喧哗或做其他与诊疗无关且有碍医疗秩序的事情。

6、您需要进行特殊检查、特殊治疗及手术时，在医生充分告知的前提下，您应签署知情同意书。文书一经自愿签署，即具有相应法律效力，对您正确行使自己的合法权益具有重要意义。

7、为配合治疗，住院期间医生会根据您的病情为您合理定制饮食，您应进食医院营养食堂的配餐。

8、您应遵从医生的医嘱积极接受治疗、按时出院，出院后，您应该按照医生的医嘱进行活动、休息并且保证定期复诊。

9、您应及时足额缴纳医药费用，如果由于医药费用不到位延误诊疗从而导致不良后果，我院不承担责任。

10、您不能要求医护人员为您提供虚假医学文书和票据。

11、住院期间未经主管医师同意您不得擅自到院外就诊、购药、私自请医师来我院会诊及采取其他治疗手段，否则由此发生的不良后果自负。

12、为确保安全，严禁在病区、病室内吸烟、饮酒，严禁使用电炉、酒精炉、煤油炉、电饭煲、电暖气及其他家用电器，违者将按医院有关规定处理，由此发生的不良后果自负。

13、为了保障患者生命安全，保证医护人员执行医疗行为，病室不得反锁、拴死。

14、病房为公共场所，仅允许带少量生活必需品外，患者个人的手提电脑、现金、证件等贵重物品请勿带入病房，如若带入请自行妥善保管，防止丢失。患者违反规定造成财产损失的，我院不承担赔偿责任。

15、普通病人不得陪住，医生根据患者病情开具陪住医嘱，根据医嘱由护士发放陪住证。陪住家属应严格遵守医院的相关制度和规定。相关问题请咨询主管医护人员。患者及亲属请遵守探视制度，未经主管医师同意不得自行留宿、陪床。

16、请您爱护公共财物，自觉维护医院公共场所卫生、清洁，维护病房安全、安静，请您不要干扰其他患者诊疗。

17、如果您在本院被确诊为法定传染病，医院将依法律规定对您采取相应的诊疗措施，或限制您的某些人身自由，您应该积极配合。

18、请您尊重医护人员的人格权、人身权。

19、请您不要泄露其他患者的病情和隐私。

20、不具有完全民事行为能力的病人，一切事宜由其监护人负责。

21、如果您入住我院新建、改建病房，我院将按照贵州省物价局制定的新建、改建病房床位费标准计费，该床位费与普通病房床位费的差价、医保基金部支付，需由患者个人支付。

22、我院为贵阳医学院和遵义医学院的教学医院，承担临床各专业教学任务，请您积极配合临床教学工作。临床教学活动涉及到门诊和住院的相关医疗过程中，我们在临床教

学活动中将充分保护您的隐私。感谢您对我院临床教学工作的理解以及对医学人才培养的大力支持。

我已认真阅读或听取工作人员入院介绍，保证遵守执行。

患者姓名：

患者授权人员签名：_____ 与患者关系：_____ 签名日期：_____

