

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 患者知情选择书

患者知情选择书

尊敬的患者及家属：根据国务院《医疗事故处理条例》第十一条的规定：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果”；卫生部《病历书写基本规范（试行）》第十条规定：“对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书；患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字；没有近亲属的，由其关系人签字。”为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

本人因病入住浙江大学医学院附属邵逸夫医院接受诊治。根据上述规定，经慎重考虑，我选择：

☒ 我自己

☐ 授权他人（必须同时填写授权书）作为本人在住院诊疗期间的所有医疗行为（包括病情、医疗措施、医疗风险等）的被告知者，并签署各项医疗活动知情同意书。

☐ 监护人（☐ 新生儿 ☐ 未成年人 ☐ 昏迷 ☐ 精神病 ☐ 醉酒状态

☐ 其他： [REDACTED])

患者签名：

[REDACTED]

签字日期： 2018-08-19 18:06:28

患者授权书

经慎重考虑，我在此授权 作为我在院诊疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，全权处理本人在诊疗过程中的一切事务，并在需患者签名以示知情、同意的医疗文书上签字，代理本人行使知情同意权和选择权。一经授权人签字，本授权书即生效；被授权人之行为视同本人知悉与同意，经代理人签名同意后所实施的诊疗行为，若产生不良后果将由本人承担。

患者签名：

[REDACTED]

签字日期： 2018-8-29 12:7:39

以上内容由患者本人填写

本人（指被授权人，如患者家属、法定代理人等）接受患者 的委托，同意作为该授权人在本次住院医疗期间所有医疗行为（包括病情、医疗措施、医疗风险等）的被告知者，接受授权签署各项医疗活动同意书。



被授权人签名:

身份证号码:

与患者关系:

被授权人签名:

身份证号码:

与患者关系:

被授权人签名:

身份证号码:

与患者关系:

医生签名: 蔡小燕

签字时间: 2018-08-19 19:02:46



浙江大学医学院附属邵逸夫医院下沙院区
患者知情选择书
CON 18

病历号 2140902
患者姓名 赵满利
床位号 620E32

