

江西中医药大学附属医院

常规医疗同意书

姓名: [REDACTED]	性别:女	年龄:62岁	身份证号: [REDACTED]
科别:抚生院区感染性疾病科	床号: [REDACTED]	病历号: [REDACTED]	住院日期:2020年2月18日

1. 本人自愿在江西中医药大学附属医院寻求保健和医疗，同意接受该医疗机构为我实施的诊断、检查、治疗操作、保健、常规口腔保健及治疗等服务。本人理解这些医疗服务将由医师、护士以及其他医护人员提供。本人没有得到任何关于这些医疗服务效果的保证。
2. 本人明白，除非本人声明不再接受这些医疗服务，或者医疗机构对本人的治疗已经完成，本同意书的同意书将一直有效。
3. 本人同意接受全部诊治过程中的所有常规诊疗措施：包括体格检查、各种化验检查、影像学检查、药物治疗以及其他日常诊疗行为。
4. 本人保证如实向医师陈述病情和既往诊疗经过，保证配合医护人员完成各项检查与治疗，遵守医疗机构的相关规章制度。
5. 本人知道就诊时应当使用真实姓名，如果不使用真实姓名，就是放弃真实性的权益，应承担由此引发的不良后果。
6. 本人明白，本人签字接受这些医疗服务的同意意见称为常规医疗同意书。
- 7.其他:本人同意本次住院期间的全部医疗信息可以被公开。

患者/法定监护人/委托代理人/签名

(需附有效证件材料、授权文件)

[REDACTED]

日期: 2020年2月18日

江西中医药大学附属医院

常规医疗同意书

姓名	性别:女	年龄:66岁	身份证号:
科别:抚生院区感染性疾病科	床号	病历号	住院日期:2020年02月14日

1. 本人自愿在江西中医药大学附属医院寻求保健和医疗，同意接受该医疗机构为我实施的各种诊断、检查、治疗操作、保健、常规口腔保健及治疗等服务。本人理解这些医疗服务将由医师、护士以及其他医护人员提供。本人没有得到任何关于这些医疗服务效果的保证。
2. 本人明白，除非本人声明不再接受这些医疗服务，或者医疗机构对本人的治疗已经完成，上述服务的同意书将一直有效。
3. 本人同意接受全部诊治过程中的所有常规诊疗措施：包括体格检查、各种化验检查、影像学检查、药物治疗以及其他日常诊疗行为。
4. 本人保证如实向医师陈述病情和既往诊疗经过，保证配合医护人员完成各项检查与治疗并遵守医疗机构的相关规章制度。
5. 本人知道就诊时应当使用真实姓名，如果不使用真实姓名,就是放弃真实性的权益，应自行承担由此引发的不良后果。
6. 本人明白,本人签字接受这些医疗服务的同意意见称为常规医疗同意书。
- 7.其他：本人同意本次住院期间所有医疗信息可以被公开。

患者/法定监护人/委托代理人/签名
(需附有效证件材料、授权文件)

日期：

江西中医药大学附属医院

常 规 医 疗 同 意 书

姓名	性别:男	年龄:55岁	身份证号
科别:抚生院区感染性疾病科	床号	病历号:	住院日期:2020年02月14日

本人自愿在江西中医药大学附属医院寻求保健和医疗，同意接受该医疗机构为我实施的各科、检查、治疗操作、保健、常规口腔保健及治疗等服务。本人理解这些医疗服务将由医师、以及其他医护人员提供。本人没有得到任何关于这些医疗服务效果的保证。

本人明白，除非本人声明不再接受这些医疗服务，或者医疗机构对本人的治疗已经完成，本同意书将一直有效。

本人同意接受全部诊治过程中的所有常规诊疗措施：包括体格检查、各种化验检查、影像学检查、药物治疗以及其他日常诊疗行为。

本人保证如实向医师陈述病情和既往诊疗经过，保证配合医护人员完成各项检查与治疗，并遵守医疗机构的相关规章制度。

本人知道就诊时应当使用真实姓名，如果不使用真实姓名，就是放弃真实性的权益，应自行承担由此引发的不良后果。

本人明白，本人签字接受这些医疗服务的同意意见称为常规医疗同意书。

其他:本人同意本次住院期间全部医疗信息可以被公开。

/法定监护人/委托代理人/签名
(附有效证件材料、授权文件)

日期:2020年02月14日