



福建医科大学附属协和医院

病案号: [Redacted]

## 住院通知书

预交金

门诊病历号:

3000-

入院日期	2014年3月20日		病案号	[Redacted]	收费类别(请打"√")
姓名	[Redacted]	性别	女	[Redacted]	一级保健
出生年月	[Redacted]	职业	退休	[Redacted]	非离休二级保健
身份证号码	[Redacted]			[Redacted]	离休
详细住址	[Redacted]			[Redacted]	5.12
联系人 (与患者关系)	[Redacted]	联系电话	[Redacted]		市属保健
诊断	肝占位			[Redacted]	省医保
处置	住院	饮食	普食	[Redacted]	市医保
科别	12区消化科 3病床			[Redacted]	铁路医保
医师签名	[Signature]	病房护士长签名	[Signature]	[Redacted]	外地医保
				[Redacted]	自费
				[Redacted]	其它

## 医疗风险告知书

亲爱的患者及您亲属:

首先感谢您信任我院,选择在我院接受诊疗。您在我院住院过程中,我院将本着“以人为本,真诚服务”的宗旨,竭诚为您提供高质量的医疗服务。在您接受我院诊疗之前,请您仔细阅读以下内容:

医学是一门不断发展的学科,虽然现今医疗技术已解决了许多医学难题;但医学属于不断完善的风险、高科技的生命学科,在疾病的诊疗过程中,仍存在着某些目前无法解决的难题,诊疗过程中可能发生意外和并发症,诊疗后果有时受患者特殊体质等多方面无法预料因素的影响。

有鉴于此,建议您及您的亲属对诊疗结果不满意甚至发生医疗纠纷时,请保持理智冷静,按照法律法规规定的程序处理,请不要发生扰乱医院正常诊疗秩序、侵害其他就诊者合法权益、危害医务人员人身安全、损坏医院财产的行为。

感谢您的理解。

福建医科大学附属协和医院

本人已阅读上述“医疗风险告知书”,理解医疗服务可能存在的风险,愿意一旦发生医疗纠纷按照法律法规规定的程序处理,承诺不扰乱医院正常诊疗秩序,不侵害其他就诊者合法权益,不危害医务人员人身安全,不损坏医院财产。

患者签名: [Redacted]

患者亲属代表/受委托人签名 [Redacted]

2014年3月20日

2014年3月 日