

深圳市第四(福田)人民医院  
广东医学院附属福田医院  
其他资料 粘贴单

姓名 付有发 科别 神经内科 病区 内三 床号 10 住院号 B5670

深圳市福田区人民医院  
入院通知书

深圳市第四人民医院(福田医院)  
特殊检查、特殊治疗知情同意书



性别 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 科室 神经内科 病区 内三 床号 10 住院号 \_\_\_\_\_

初步诊断

B2X2

1.因疾病诊治需要,患者须于 2012 年 11 月 12 日行 头颅MRI检查 (诊疗操作),  
实行该操作的必要性已由 周国江 医师向我说明。

2.该项操作约需费用人民币 \_\_\_\_\_ 元。(以财务结算为准)

3.经医师介绍,我已充分了解实行该项操作有可能出现如下危险并表示理解,在理解的基础上,因  
疾病诊治需要我同意进行该项操作。

(1)

(2)

(3)

(4)

患者/法定监护人签名:

付有发

医师签名:

周国江

2012 年 11 月 12 日 17 时 \_\_\_\_\_ 分

2012 年 11 月 12 日 17 时 \_\_\_\_\_ 分

SZFYQP7.5.1-ZK-2005-011-07-00

备注: