## 深圳市第四(福田)人民医院 住院 须 知

## 尊敬的患者:

感谢您选择到我院就诊。医院是为患者提供预防保健及诊治疾病的场所,我们的宗旨是为广大患者提供优质的医疗诊治服务。为了使您早日恢复健康,为使您和其他患者以及医务人员的合法权益得到保障,特此向您告知如下内容:

- 一、根据相关法律规定, 住院期间您享有如下权利:
  - 1、您将获得我院提供的医疗救治或预防保健服务;
  - 2、您可以了解您的病情发展、疾病诊断、医师建议的治疗方案、治疗效果及预后等相关情况;
  - 3、您可以对医师建议的治疗方案做出选择和决定,并可以提出相关的治疗建议;
  - 4、您可以了解处方药物的名称、价格及所选药物的毒副作用,并对医师建议使用的药物作出选择;
  - 5、您可以得到与您的病情相适应的各级别护理;
  - 6、您可以授权具有完全民事行为能力的人代您行使相关的诊疗选择决定权;
  - 7、您可以就与您疾病相关的一切问题向医务人员进行咨询,行使您的就医自主权;
  - 8、您可以要求医务人员对您的病情进行保密,我们会尊重您的隐私;
  - 9、您可以复制法律规定范围内的病历资料;
  - 10、若您对我们的医疗服务不满意,您可以向您的经治医师、住院科室主任或护士长提出,也可以向医院投诉管理部门进行投诉;
  - 11、您可以拒绝未经您同意进行的临床实验和医学教学诊疗行为;
  - 12、您可以授权医师对手术切除的病变器官、组织和取出的标本、物品进行适当处置,包括病理检查、科学研究和按医疗废物处理等;
  - 13、按照《侵权责任法》第54条规定,您在诊疗活动中受到损害,医疗机构及其医务人员有过错的,由医疗机构承担赔偿责任。
- 二、在您享有上述权利的同时,根据法律规定,您还负有如下义务:
  - 1、请您提供真实的个人基本信息,包括您的姓名、年龄、住址及医疗保险报销类别等;
  - 2、请您向医护人员详细如实提供与您健康有关的一切情况,包括本次患病的基本情况、既往病史及诊治经过、药物过敏史及其他有关详细情况;
- 3、您需要进行手术、特殊检查、特殊治疗、实验性医疗时,在医师充分告知的前提下,请您签署知情同意书。文书一经自愿签署,即具有相应法律效力,您应慎重、正确行使自己的就医选择权;
- 4、请您遵从医师的医嘱、积极配合治疗、遵从医师提出并经您同意的治疗方案,并且按时出院,为保证您恢复健康,出院后,请您还应按照医师的医嘱进行活动、休息、复诊等;
  - 5、请您及时足额缴纳医药费用:
  - 6、请您遵守诊疗过程中医院相关管理规定,维护医院诊疗服务正常秩序;
  - 7、如果您在本院确诊为法定传染病,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,请您予以配合;
  - 8、请您尊重医务人员人格权、人身权、并且尊重其他患者的隐私权;
  - 9、请您自觉维护医院公共场所安全、清洁、安静,爱护公共财产设施,不吸烟喝酒,不干扰其他患者诊疗;
  - 10、在取得您同意的前提下,请您配合临床试验和实习教学;
  - 11、在抢救危重患者的过程中,需借床、换床、换房或采用的抢救措施对您造成惊吓、干扰等诸多不便,请您理解和配合。
- 三、住院期间其它需要向您提示的问题:
  - 1、医师查房、治疗时,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或有碍医疗秩序的事情;
  - 2、当您身体出现不适情况或需要护士帮助时,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,不要自行活动防止意外;
  - 3、住院期间请不要擅自离开病区、离院及在外住宿,以免发生意外;如有特殊情况需要离院,必须签署住院患者外出告知书;
  - 4、住院期间未经医师同意,请不要擅自到院外就诊、购药、私自请医师来院会诊及采取其他治疗手段,以免发生意外;
  - 5、住院期间未经医师同意,请不要自行服药或治疗,避免发生意外的不良后果;
- 6、为确保安全,请不要在病区、病室内吸烟,未经许可请不要将家用电器带入病房使用,违者将按医院有关规定处理,并承担由此引起的一切损失;
  - 7、住院期间请不要将贵重物品存放在病房,防止丢失;
  - 8、患者及家属请遵守医院的探视规定,探视人员不得自行留宿或陪床;如有需要,您的主管医师或护士会根据您的病情确定并通知您;
  - 9、请不要要求医务人员提供虚假医学文书和票据;住院期间不得擅自取查及翻阅病历资料,如有必要可通过咨询您的主管医师或护士了解病情;
  - 10、如果发生医疗纠纷,请您保持理智、冷静,按照法律规定的程序处理。

签字时间: 2012年 1月 12日 17时 0分;

我已向患者解释过此须知的全部条款,我认为患者或患者委托人已知并理解了上述信息。

医师签字: 1240012

	(请患者或委托代理人注明"	我承诺在住院期间遵守医院的规章制度'	字样)
		患者签字:	或委托代理人签字:
<b>签字时间:〉の</b> 、ア 年	// H /V H		

(注:采用一式两份,白色联归病历中保存,红色联交由患者方保存。)