患者授权书

**尊敬的患者及家属：**按照《中华人民共和国民法典》第一千二百一十九条“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其明确同意；不能或者不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其明确同意”；《中华人民共和国医师法》第二十五条“医师在诊疗活动中应当向患者说明病情、医疗措施和其他需要告知的事项。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医师应当及时向患者具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其明确同意；不能或者不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其明确同意”；《病历书写基本规范》第十条“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签名；患者因病无法签名时，应当由其授权的人员签名；为抢救患者，在法定代理人或授权人无法及时签名的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签名”等相关规定，为切实保障患者的知情同意权和实施手术、特殊检查、特殊治疗的，请根据自身实际情况，慎重考虑，自愿选择作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知人，代表患者本人签署医疗活动中的各项知情同意书等文书。

上述告知内容本人已充分了解，经慎重考虑，本人自愿确定：

□由本人作为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，并签署各项活动知情同意书

□我选择授权他人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，并签署各项活动知情同意书。

患者签名: 签名时间: 年 月 日 时 分

本人接受患者 的授权，同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

1、被授权人签名: 签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式 身份证号码：

与患者关系：□配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □其他请输入

2、被授权人签名: 签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式 身份证号码：

与患者关系：□配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □其他请输入

3、被授权人签名: 签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式 身份证号码：

与患者关系：□配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □其他请输入

□未成年人、无完全民事行为能力的成年患者，由其法定代理人代为行使上述权利。

法定代理人签名: 签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式 身份证号码：

与患者关系：□配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □其他请输入

□因抢救生命垂危的患者等紧急情况，或者救治公安等送医且不能取得患者或者其近亲属意见的情形，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。

负责人/授权的负责人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_签名时间： 年 月 日 时 分

所在部门:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_