

未成年人施术同意书

I. 本人(接受施术者)

姓 名: _____ (签名)

联 系 方 式: _____

出生年月日: _____

地 址: _____

II. 监护人(法定代理人)

姓 名: _____ (签名)

联 系 方 式: _____

和患者的关系: _____

出生年月日: _____

地 址: _____

III. 内容

本人(法定代理人)作为上述患者()的监护人对以下内容充分理解同意接受手术(施术)。

- 内容须知 -

1. 已充分听取并理解关于患者的状态,所实施的手术(施术),麻醉的性质和效果,可能发生的危险以及并发症等附加说明,在商谈以及手术(施术)同意时均出于自主判断,并无其他妨碍因素。
2. 作为患者的监护人对于手术(施术)的一系列过程中的所有决定权都予以患者本人,并将全力协助主治医师的指示以及判断。
3. 签署手术(施术)同意书以及其他手术(施术)过程中所需的所有环节及过程,以及相关所需文件上进行签名/盖章并同意的权利和责任都予以患者本人。
4. 本文件的内容已向本人及法定代理人充分说明,绝无虚假内容,将认证法定代理人(监护人)的签名效力。

20 年 月 日

监护人: _____ (签名)

附件:法定代理人(监护人)身份证复印件,亲子关系证明
患者本人满14岁以下时由法定监护人填写。