

治疗同意书

客户和家庭

如果您需要帮助解读此同意书或对其有疑问，请咨询您的医生或护士。当我们在此同意书中用到“治疗”一词时，我们指的是手术、疗程或计划。

客户姓名 (请以正楷填写) _____

治疗： _____

我同意接受我的医师或健康护理提供者与我讨论过的治疗。

我同意_____并且我已谈到了有必要进行这一治疗的理由以及治疗期间会出现的情况。他/她已解释了治疗无效的可能性以及治疗可能会引发的医疗问题。我还同意，在医生或健康护理从业人员进行这一治疗时可能需要进行其他治疗。我了解，我的医生或健康护理从业人员可能会找其他医生、住院医师、同事或健康护理从业人员来完成此治疗的全部或部分。我理解此同意书中的信息，并且有机会就治疗相关问题向医生或健康护理提供者进行咨询。

客户或代理决策者签名 _____ 日期和时间 代理决 _____

策者姓名 (如在上面签名) _____ 与客户的关系 _____

医师或健康护理从业人员声明

我保证我已向客户或代理决策者或以上两者说明了这一治疗的性质、相关风险和好处以及可能的替代方案，包括不进行治疗可能会导致的后果。

医师或健康护理提供者签名 _____ 日期和时间 医师 _____

或健康护理提供者姓名 (请以正楷填写) _____ 见证人签名 _____

电话同意

我已通过电话与下列人员沟通了治疗事宜及相关的好处和风险

(勾选一项) 客户 代理决策者

他/她已口头授权我们进行治疗

医师或健康护理提供者签名 _____ 日期和时间 _____

医师或健康护理提供者姓名 _____

谈话见证人签名 _____ 日期和时间 _____