

## 提供信息授权书

本人为\_\_\_\_\_ (患者在和睦家就诊时所用名) 身份证/护照号: \_\_\_\_\_

患者本人 /  患者监护人 /  患者的委托代理人, 特此授权和睦家医院及诊所 (简称“和睦家”) 提供上述患者自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日, 病案号为\_\_\_\_\_ 病历中的以下内容 (限于根据中华人民共和国法律法规的规定, 本人有权查阅和复印的部分)

(请注明所需的信息的范围、性质、包括就诊时间, 仅注明“任何及所有信息”将不予受理)

### 请选择要查阅、复印的医疗信息

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> X 射线 / CT / 核磁共振 / 乳房 X 射线照片 | <input type="checkbox"/> 急诊医生/护士记录 |
| <input type="checkbox"/> 内窥镜照片                        | <input type="checkbox"/> 麻醉记录      |
| <input type="checkbox"/> B 超(声)照片                     | <input type="checkbox"/> 知情同意书     |
| <input type="checkbox"/> 病历复印件                        | <input type="checkbox"/> 手术护理记录    |
| <input type="checkbox"/> 实验报告, 图像报告及诊断报告              | <input type="checkbox"/> 会诊报告      |
| <input type="checkbox"/> 出院小结                         | <input type="checkbox"/> 医嘱        |
| <input type="checkbox"/> 出院指导                         | <input type="checkbox"/> 护理记录      |
| <input type="checkbox"/> 问题列表                         | <input type="checkbox"/> 其他        |
| <input type="checkbox"/> 病史及查体结果                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> 病程记录                         |                                    |

按以下发送形式:  摘要  复印件  电子邮件: \_\_\_\_\_,

并根据和睦家的有关政策, 发送给\_\_\_\_\_,  
(接收人或接收单位名称、地址、联系方式)

由此导致的任何责任和后果均由本人及患者承担与和睦家无关。该授权书经签订后立即生效, 本授权书仅供单次使用。

**\*\*本院强烈建议所有医疗信息和检查结果及申请由具备相应资质的医生解释说明。\*\***

本知情同意书中所指和睦家, 泛指和睦家医疗系统内中国境内任何一家和睦家医院或诊所。和睦家的注册地为中华人民共和国, 一切活动按照中华人民共和国的法律进行。本人同意对于在和睦家就医过程中引起的任何争议、索赔或纠纷, 将完全遵照中华人民共和国的法律进行处理和解释。本人亦同意所有争议、索赔或纠纷只在中华人民共和国的法庭进行诉讼, 而不是在其他任何国家的法庭。

本人具有完全民事行为能力。医护人员已经就该知情同意书的内容, 尤其是风险及后果向本人作了详细的告知, 并且回答了相关问题。

\_\_\_\_\_  
就医者签名

\_\_\_\_\_  
日期 年年/ 月月/ 日日 时间 时: 分

如果就医者本人无法签署同意书或者就医者为无民事行为能力或限制民事行为能力人时, 必须取得其监护人或委托代理人签名。

\_\_\_\_\_  
签名(请附授权文件及关系证明文件)

\_\_\_\_\_  
日期 年年/ 月月/ 日日 时间 时: 分

关系:  监护人  委托代理人