

未成年人常规医疗服务同意书 (适用无父母或法定监护人陪同的未成年人)

本人是上述姓名的 18 岁以下病人的父母/法定监护人。

本人不能陪同我的孩子前往和睦家医院及诊所 (以下简称和睦家) 接受常规医疗 (常规诊断、操作治疗、药物治疗)、免疫接种和/或牙科诊治服务。根据医疗需要, 我特授权该医疗机构为我的孩子提供必要的常规医疗、免疫接种及牙科诊治。

本人同意: 如果孩子年龄在 18 周岁以下, 本人不在场时必须指定一名成年人作为诊疗委托代理人陪同我的孩子接受上述服务。

本人特此授权 _____ (委托代理人姓名及与孩子的关系)
作为诊疗委托代理人陪同我的孩子接受必要的常规医疗、免疫接种和牙科诊治服务。

此知情同意书 (包括授权) 的有效期从本人签名之日起为 _____ 年 (如无特殊说明, 有效期为 1 年)。

委托代理人信息 (必填):

1. 姓名: _____ 有效证件: _____

证件号码: _____

地址: _____

电话: _____ 手机: _____

2. 姓名: _____ 有效证件: _____

证件号码: _____

地址: _____

电话: _____ 手机: _____

家长或法定监护人姓名 (印刷体): _____

地址: _____
(家庭住址)

_____ (办公地址)

电话: _____
(住宅电话) (办公电话)

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。

监护人签名 (请于病历中附授权文件及关系证明文件) _____ 日期 年年/ 月月/ 日日 时间 时: 分

见证人:
本人与患者无任何利害关系。本人见证了该患者或其他有权人员已知悉同意书内容并自愿签署本同意书。

_____ 见证人全名 _____ 职务 _____ 证件号码 _____ 签名

口译/笔译人员: (如果患者需要口译/笔译服务, 相关人员需要签名)
本人认为经过口译/笔译, 患者已理解了该同意书的内容并自愿签署该同意书。

_____ 口译/笔译人员全名 _____ 证件号码 _____ 签名