

未成年人手术(治疗)同意书

1. 本人(接受手术者)

姓 名：_____ (签)

联系方式：_____

出生年月日：_____

地 址：_____

2. 监护人(法定代理人)

姓 名：_____ (签)

联系方式：_____

与患者关系：_____

出生年月日：_____

地 址：_____

3. 内容

1. 本人已充分听取关于患者当前状况、将施行的手术(治疗)、麻醉的性质与效果、可能发生的风险与并发症等的说明，并确认在咨询和签署本手术(治疗)同意书时不存在妨碍自主判断的因素。
2. 作为患者的监护人，我将一切与手术(治疗)过程相关的权利委托给患者本人，并确认将全力配合主治医生的指导与判断。
3. 本人将签署本手术(治疗)同意书，以及进行所有与手术(治疗)相关的必要程序、流程和文件，并将该等权利与责任一并委托给患者本人。
4. "本文件内容已向本人或法定代理人作出充分说明，并确认本文件所填内容真实无误，认可法定代理人(监护人)签名之法律效力。"

附加文件：法定代理人(监护人)身份证复印件，家庭关系证明书

若患者未满14周岁，须由法定代理人填写本同意书。

日期：_____



监护人签名：_____ (签)