

患者氏名 :
患者 ID :

CT 检查同意书

如果您同意接受 CT 检查，请在下面的栏里签字。

医生使用《CT 检查说明书》向我做了详细说明，我已知晓 CT 检查及其风险，同意接受 CT 检查。

(同意后仍可以随时撤回。)

我也同意根据检查医生和放射科医生的判断取消 CT 检查。

同意日 : 年 月 日
患者姓名 : (字母·正楷)
患者签字 :
住址 :
代理人等姓名 : (字母·正楷)
代理人等签字 : (与患者关系)
住址 :

如果拒绝 CT 检查，请阅读下面文章，理解后在下面的签字栏中签字。

虽然医生已向我说明了 CT 检查的必要性，但我拒绝接受 CT 检查，并对由此产生的后果，不追究责任医生、检查医生和医院的责任。

签字日 : 年 月 日
患者姓名 : (字母·正楷)
患者签字 :
住址 :
代理人等姓名 : (字母·正楷)
代理人等署名 : (与患者关系柄)
住址 :

我已向上述签字人做了关于 CT 检查的说明。

说明日 : 年 月 日 科 责任医生: 盖章

我已确认上述患者(或代理人等)在本同意书上签注同意或拒绝 CT 检查。

确认日 : 年 月 日 科 责任医生: 盖章

※患者如果是不具备同意能力的未成年人，或因意识障碍、病情等原因无法表示同意和签字，请由监护人、亲权人，或未成年监护人，或亲属等人在上面的代理人等签字栏签字。