

患者氏名：

患者 ID：

MRI 检查同意书

如果您同意接受 MRI 检查，请在下面的栏里签字。

医生使用“MRI 检查说明书”向我做了详细说明，我已知晓 MRI 检查的目的及其风险，同意接受 MRI 检查。

(同意后仍可以随时撤回。)

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 MRI 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 MRI 检查的必要性，但我拒绝接受 MRI 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 MRI 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 MRI 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。