**西充县远程会诊医疗中心会诊知情同意书**

申请科室：
患者姓名： 性别： 年龄： 住院号：
目前诊断：
 由于以下原因：□ 1.患方要求；□ 2.患者病情需要，拟邀请

 医院 科专家进行远程会诊。以便于：□明确诊断；□指导治疗；□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。本次会诊后所确定的诊断、治疗（或手术）方案，不一定能达到预想的效果，甚至可能出现无法预料或不能防范的并发症等情况。
 上述情况，经治医师已讲明。患者（或委托人）经慎重考虑后表示充分理解，同意邀请远程会诊并签字，自愿支付会诊的相关费用。医方当尽职尽力，积极予以诊断及治疗。

患者（或委托人）签名： 与患者关系：

主管医师签名：
科主任签名：

 年 月 日