



Facility:

[Empty box for Facility name]

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

通用治療同意書 (GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)

FORM A

住院、門診和急診病人。 / For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.

- 1. 本人向本醫院尋求醫護服務及治療，並同意接受疾病診斷服務、治療程序及常規的牙醫和醫護服務，包括疫苗接種。本人理解，這些服務將由醫師、牙醫、護理醫師、助產士、醫師助理和其他醫療保健提供者向本人提供，其中許多人可能還在訓練期。並未向本人做出有關這些服務之結果的任何保證。
2. 本人理解，在本人表示不再需要這些服務或本人的治療完成之前，本人接受這些服務的同意書將一直有效。
3. 本人理解，本人接受這些服務的同意書稱為通用同意書，它包括任何常規程序或治療，如抽血、體檢、服藥、拍X光、局部麻醉或非侵入式手術。

患者或未成年患者的家長/法定監護人簽字 (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient) 日期 (Date) 和 (and) 時間 (Time) 上午 (am) 下午 (pm)

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

醫療保健代理人/法定監護人/代理人簽字 (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) (Place a copy of the authorizing document in the medical record) 日期 (Date) 和 (and) 時間 (Time) 上午 (am) 下午 (pm)

代理人的簽名及其關係 (Signature and Relation of Surrogate) 日期 (Date) 和 (and) 時間 (Time) 上午 (am) 下午 (pm)

證人 (WITNESS):

I, _____ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

證人簽字和職務 (Signature and Title of Witness) 日期 (Date) 和 (and) 時間 (Time) 上午 (am) 下午 (pm)

傳譯/翻譯人員 (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

傳譯/翻譯人員簽字 (Signature of Interpreter/Translator) 日期 (Date) 和 (and) 時間 (Time) 上午 (am) 下午 (pm)