



姓名：廖丽婷

性别：女

年龄：31岁

病人号：AK5333508

科室：胸外科住院

病区：B7西区

床号：32

知情同意书

临床教学（以及科普/科研）

患者姓名：廖丽婷

性别：女

年龄：31岁

病人号：AK5333508

科室：胸外科住院

联系电话：13632989839

尊敬的患者、患者家属或患者的监护人、委托代理人：

您好！首先欢迎您入住我院，感谢您对我院的信任和支持。

临床医疗教学活动是医生培养阶段的重要部分，特将相关内容告知如下：

一、香港大学深圳医院（以下简称医院）是一座现代化的教学医院。

二、作为临床教学基地，医院承担着大学临床各专业的教学任务，临床教学示教是完成培养目标的重要环节之一。

三、医院的教学活动涉及门诊和住院的相关医疗过程。

四、我们在临床教学活动中将充分保护您的隐私。

五、衷心感谢您对我院教学工作的理解以及对医学人才培养的大力支持。

患者知情选择

● 我已知晓上述关于临床教学的全部内容。

● 我愿意配合医院的临床教学工作。

● 我授权医师将我的各种医学资料用于临床教学。

除了作为临床教学之外，同意临床资料应用于科普文章、公益行宣传文案、科研文章的书写，在此过程中将会充分保护患者的隐私及个人信息。

● 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

患者签名 廖丽婷 签名日期 2024 年 7 月 29 日

如果患者无法签署知情同意书，请其监护人或近亲属在此签名（以下为签名人填写资料）：

患者监护人或近亲属签名 廖丽婷 与患者关系 本人 签名日期 2024 年 7 月 29 日

身份证号 347222199407290022 联系电话 13632989839

医生陈述

我已经告知患者将要进行的临床教学活动并且解答了患者关于临床教学活动的相关问题。

医生签名及盖章



签名日期 2024 年 7 月 29 日