“集善·视界同行”患者知情同意书

中国残疾人福利基金会：

我是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_患者，因符合“集善·视界同行”资助条件，现向“集善·视界同行”项目申请资助费用。我已知悉并承诺遵守以下内容：

一、我知道此次“集善·视界同行”项目执行医院全称是“XXX医院 ”。

二、我知道要按照中国残基会的要求接受执行医院术前检查，经检查符合手术条件的申请人，需填报《“集善·视界同行”公益项目资助申请表》，同时提供医院诊断证明、身份证复印件等有效证明。申请审批后，根据执行医院安排前往执行医院进行相关治疗。

三、我充分了解作为医疗行为所存在的各种不确定性风险，并已做好认定治疗方案、承担治疗风险和后果的准备。我知道中国残基会只在相关治疗费用上给予我资助，不承担治疗效果、治疗风险等方面的责任，任何医患之间的医疗纠纷将由执行医院和患者双方自行协商解决。

四、我知道中国残基会仅资助本次“集善·视界同行”公益项目规定病种。

五、我知道本次“集善·视界同行”患者的交通、伙食费，陪同人员交通费、食宿费自理。

六、我同意中国残基会可将我的资助情况进行公示。为帮助该项目宣传，可在有关媒体上无偿使用我参与活动的图文资料，将不对此提出异议并积极配合项目的宣传活动。

申请人（签名）： 身份证号：

年 月 日