**双 向 转 诊 知 情 同 意 书**

**尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：**

根据患者目前的疾病状况和检验、检查结果，建议转上级医院进一步诊断治疗。特此向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知双向转诊政策及转院可能出现的风险及不良后果：

如果不及时转上级医院进一步治疗，有可能导致病情进一步加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能危及患者生命安全；

1. 患者在转院过程中有可能出现病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡；

转院有可能增加患者医疗费用，或其他不可预料的风险及不良后果。

1. 根据市双向转诊制度及医疗保险政策相关要求，建议患者转诊至 {{receiveHospitalName}}。不按规定越级转诊或转至其他医院或医疗机构的，有可能造成患者医疗费用无法报销；
2. 其他风险：

**患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：**

我（或是患者的监护人）已年满18周岁且具有完全民事行为能力。医护人员已将转院的必要性、可能发生的风险及后果以及双向转诊的相关政策向我作出了详细告知，本人确认完全理解上述内容。

本人经过慎重考虑后决定：

同意转院到 {{receiveHospitalName}} 医院，并承担转院过程中可能出现的各种风险及后果。

要求转院到 {{receiveHospitalName}} 医院，由于越级转诊或转院产生的无法报销的医疗费用，愿意自行承担。

不转院，自愿承担不转院所带来的风险和不良后果，因不转院产生的不良后果与医院及医护人员无关。

患者签名 ：    签名日期     年 月 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名与患者关系： 签名：

签名日期 年 月 日

**医护人员陈述：**

我已经将患者转院接收治疗的重要性和必要性以及不转院、转院所带来的风险及后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于双向转诊及医保报销的相关政策。

医护人员签名：  签名日期     年 月 日