**授 权 委 托 书**

**委托人（患者法定监护人）：**

**【说明：鉴于患者 为未成年人，委托人是患者的：□母亲 □父亲，委托人是患者的监护人】**

**有效身份证号： 联系电话：**

**受托人（近亲属）：**

**有效身份证号： 联系电话：**

**与患者的关系：□**祖父 **□**祖母 **□**外祖父 **□**外祖母

**□**成年兄 **□**成年姐

**委托事项：**委托人自愿委托受托人在患者 与重庆医科大学附属口腔医院（以下简称：医疗机构）的所有医疗活动/医疗事务中作为委托人的代理人，代为行使委托人的全部权利，委托权限为特别授权，包括但不限于以下：

一、代为与医疗机构沟通病情、沟通治疗方案等；

二、代为签署医患沟通、医疗知情同意书、手术同意书等所有医疗文书；

三、代为决定治疗方案、用药选择、特殊检查、特殊治疗等；

四、代为获取病历资料；

五、代为办理住院、转院或出院等手续；

六、代为办理其他医疗活动/医疗事务相关的所有事项。

**委托期限：**自本委托书出具之日起至委托人书面通知医疗机构撤销本委托书时终止。

**特别说明：**

一、受托人所实施的前述所有行为产生的一切法律责任及法律后果均由委托人自行承担。

二、本委托书不影响委托人本人自行处理医疗事务的权利。

**委托人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日**

**受托人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日**