

## 中医治疗与针灸同意书

### 1. Patient 病人资料:

(a) Name 姓名: \_\_\_\_\_

(b) NRIC / Fin No. 身份证号码: \_\_\_\_\_

(c) Mobile No. 手机号码: \_\_\_\_\_

### 2. Next of Kin 近亲 / Guardian 监护人\*: (不适用处可删除)

(a) Name 姓名: \_\_\_\_\_

(b) NRIC No. 身份证号码: \_\_\_\_\_

(c) Relationship with Patient 与病人关系: \_\_\_\_\_

我谨此要求并同意中医师 黄欣杰博士 (注册中医师) 所提供的一切所需的中医治疗, 包括但不限于病历记录、针灸、电针治疗、艾灸、温针灸、推拿、拔罐、开药物处方等。

我有机会和中医师讨论针灸和中医治疗的性质和目的, 并了解其中疗效不能保证。

我了解并已收到医师告知针灸与穴位按摩治疗包含某些风险, 包括但不限于针刺部位出现出血损伤、刺痛、酸胀感等。这些损伤或不适感可持续几天。针灸治疗曾有晕针、发炎、导致伤疤的实例。若我有服用激素、抗凝剂或有植入心脏起搏器、人工心脏瓣膜, 我必定会通知中医师。若我在服药期间出现肠胃不适或对药物起过敏反应, 我必定暂停服药并马上通知提供治疗的中医师。

我不要求提供治疗的中医师能预知或能解释所有的风险或并发症, 我相信医师能在治疗期间根据他当时所得知的事实做出判断。

我了解医师在治疗期间所收集的个人资料是仅为了让医师提供治疗服务。

我已阅读或已闻之以上同意书。我有机会向医师提问相关内容, 并签署与答应以上所提出的程序。我有意让此同意书涵盖我目前与将来的全程治疗。

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient / Next of Kin / Guardian\*

病人 / 近亲 / 监护人签名\*

对于 **21 岁以下的病人** 需要近亲或监护人提供签名与个人资料

\_\_\_\_\_  
Date 日期

\_\_\_\_\_  
Signature of TCM Practitioner 医师签名

\_\_\_\_\_  
Date 日期