

致： 史康 （患者姓名）及家属

为更好地开展我院的（科研/教学/病例分析/医疗质量改进等）相关工作，根据《中华人民共和国个人信息保护法》《中华人民共和国执业医师法》及相关医疗管理规定，我院拟征用您在本院治疗期间形成的手术相关资料。

涉及的资料包括但不限于：

1. 手术记录
2. 术前术中影像资料（X光、CT、MRI等）
3. 病理检查报告
4. 麻醉记录单
5. 术中照片、视频资料
6. 术后随访记录

本院郑重承诺：

1. 征用的资料仅用于（医疗质量改进与专业教学）不作商业用途。
2. 所有资料将在使用前进行去标识化处理，包括但不限于：去除患者姓名、身份证号、联系方式、面部特征、病历号、住院号等可识别个人身份的信息，确保无法通过资料直接或间接识别患者身份。
3. 除相关科研、教学或医疗质量管理人员外，不会向第三方泄露或转让相关资料。
4. 资料存储及使用结束后，将按照我院医疗档案管理制度及时归档或销毁。

患者（或法定代理人）知情同意声明

本人已认真阅读并理解上述内容，同意我院按说明用途征用和使用本人的手术相关资料，并知晓相关资料将严格受法律及医院管理规章保护。

患者（签字）： 史康 身份证号： 429006198710102353

法定代理人（签字，如有）： _____ 与患者关系： _____

联系电话： 13687275515

日期： 2025 年 6 月 6 日

负责人签字：

日期： 2025 年 06 月 06 日