**附件**

**山东大学齐鲁医院外出会诊/手术派出单**

申请时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **会诊医师** | 单 位：山东大学齐鲁医院 科 室：  专家姓名： 职 称：  单 位：山东大学齐鲁医院 科 室：  专家姓名： 职 称： |
| **患者病历摘要** | 姓名： 性别： 年龄： 病区： 住院号： |
| 主要诊断：  会诊原因：  会诊目的：  拟会诊/手术时间： |
| **申请科室** | 科室准备情况（费用、仪器、人员等）：  申请医生： 科主任签名： |
| **患方** | 申明：我已充分了解病情，要求（同意）邀请相关专家会诊/手术，愿意承担相关风险及外请专家会诊的差旅费、交通费、劳务费及其他相关费用。  患者或家属签名： 与患者的关系： 年 月 日 |
| **申请医院** | 会诊/手术邀请没有超出本单位诊疗科目，我单位具备相应资质，技术力量、设备、可为会诊提供必要的医疗安全保障。会诊途中出现的交通事故及会诊中出现的医疗纠纷等由邀请方负责。  XXX医院医务处  年 月 日 |
| **会诊处理**  **情况** | 会诊（手术）处理情况(主要诊断和简要处理意见)：    会诊时间： 年 月 日 会诊医师签名： |
| **备注** | 会诊后48小时之内将此会诊单填写完整、加盖邀请方公章后，交回医务处备案。  山东大学齐鲁医院医务处82169025/82169111。 |