

■ 未成年者治疗同意书（监护人/法定代理人用）

1. 我院提供的医疗激光各类治疗、光疗法、注射疗法、外用药物疗法等治疗（以下简称“激光治疗等”）的效果并非立即见效，而是通过持续和反复治疗逐渐显现效果。
2. 激光治疗等通常需要多次治疗，每次治疗将按规定费用收费。
3. 治疗效果因个人差异而异，体质等因素可能会导致治疗后出现副作用（如二次性色素沉着、瘢痕化、化脓等）。此外，皮肤性质、体质和病变内容不同，改善和恢复的过程可能比预期的更长，且由于病变的深度、程度和个人差异，效果可能较弱或不易显现。
4. 年龄、性别、种族、部位和皮肤状态等因素也会影响效果的显现及副反应的产生，同样的治疗可能会在不同个体中表现出不同的治疗时间、过程、反应程度及并发症情况。
5. 在治疗当天，我院将向治疗申请人说明治疗后的平均恢复情况及并发症的发生等内容。
6. 您需理解我院的说明，并在了解治疗方法的局限性、缺点和可能的并发症后，遵照医师指示进行配合治疗。如未能遵守治疗后的注意事项或不能配合治疗后的指示，可能无法获得预期效果，甚至可能出现副作用。
7. 若因服药、外用药物或局部麻醉等发生过敏反应或并发症，您应听从我院的判断，可能需要转诊至专科医师，相关费用由患者自行承担。
8. 该治疗行为并不承诺一定的治疗结果，而是根据患者的需求，由医师进行的准委托行为。
9. 您确认填写的问卷及其他需向我院提交或填写的文件内容无误。如住址、姓名等信息发生变更，请及时通知我院。
10. 因虚假申报或填写问卷、病历等院内文件所引发的任何问题或损失，我院不承担责任。
11. 为了进行治疗后的观察，可能会拍摄患部的照片，并将包括个人治疗信息在内的必要诊疗记录作为医疗法定保密信息由我院进行管理。这些个人治疗信息归我院所有，因保存义务无法进行转让等操作。
12. 无论何种原因，治疗当天患者本人需支付激光治疗等及其相关治疗行为的全额费用。
13. 若对治疗产生疑问，应避免信任关系破裂的行为和言论，务必以和解的方式解决问题。
14. 如未成年患者希望接受治疗，则需要父母或法定代理人的同意。父母或法定代理人将作为治疗合同的保证人，承担支付费用、遵守治疗注意事项等全部责任。如果未成年患者因虚假申报接受治疗，则对治疗行为及其结果，贵院不承担任何责任。
15. 在治疗当天，我院将向治疗申请人说明以上第 1 至第 14 条内容，并要求治疗申请人另行签署治疗同意书

---

城野诊所 院长殿

年 月 日

我同意以上治疗相关的同意事项，并同意治疗申请人接受治疗。同时，我将提交父母或法定代理人的身份证明文件（如驾照、护照）复印件，以进行身份验证。

■ 治疗申请人姓名\_\_\_\_\_

■ 父母或法定代理人姓名\_\_\_\_\_ 和本人关系\_\_\_\_\_

父母或法定代理人地址\_\_\_\_\_

父母或法定代理人电话\_\_\_\_\_

※ 1 必须由父母或法定代理人亲笔签名，同时提交身份证明文件。请确保填写下划线部分内容无遗漏。

※ 2 如有任何疑问，请致电各院区进行预约咨询。