**附件十四**

**拒绝转院治疗风险告知书**

尊敬的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ：

因我院医疗条件有限，根据您目前的疾病状况，应当及时转院治疗。现将相关风险告知如下：

**如果拒绝转院治疗，您可能产生的风险包括但不限于：贻误老年人诊疗时机，加剧健康状况恶化，严重损害您的身心健康，甚至可能因此致残致死。**

**（养老机构名称）**

我们特此确认：已阅读了上述风险告知书，知晓拒绝乙方转院治疗可能产生的风险。我们不同意对乙方转院治疗，我们自愿承担由此产生的全部风险和后果。

乙方（签名）：

代理人（签名或盖章）：

紧急联系人（签名）：

日期： 年 月 日