附件2

**成都市第二人民医院**

**患者住院预约知情告知书**

尊敬的病员及家属：

您因需预约住院，在等待入院期间，请注意以下事项：

1. 我病区采取实名预约，故您提供的各项信息应准确，如姓名、年龄、性别、电话等，请保持您的电话畅通，以便能及时与您联系。

2. 在您等待住院期间，如您的病情有加重或不舒适感加重，请您及时到医院就诊。

3.当您接到我病区预约住院电话后，请您在当日入院，原则上为您保留床位8小时；如您不能按期入住，视为放弃预约住院，我们将取消为您预留的床位。特殊情况请及时电话联系。

4.办理入院手续时，请携带您的入院证、身份证、医保卡等相关资料，到入院处或床旁结算处办理入住的相关手续。

5.部分未尽事宜请电话咨询，我科咨询电话：

 成都市第二人民医院 科

 年 月 日