# EBMT 登记处 6-11 岁儿童患者告知书

# 这是什么？

我们希望征得您的同意，收集您及您健康状况的相关信息。其他医生可能会使用这些信息来更好地了解您的病情，并帮助选择其他患有相同疾病的患者的最佳治疗方案。您可以自行决定是否愿意分享您的信息。

# 会发生什么？

对您而言，一切照常。您将按需前往医院接受治疗。在这些就诊过程中，我们将从您的医疗记录中收集信息。

# 有哪些好处和坏处？

您不会获得任何好处。分享您的信息将有助于改善患者护理和治疗效果。

如果您不分享您的信息，您不会有任何不利影响。您将获得与以往相同的治疗和护理。

# 重要提示：

* 分享您的信息并非强制要求。
* 您可以随时停止分享您的信息，无需说明原因。
* 您可以随时提出问题。

# 如果您有任何疑问

您可以向您的父母提出任何问题。或者您可以与您的父母一起向医生[插入姓名]提出问题。您可以通过以下方式联系医生[插入姓名]：[插入信息；电子邮件或电话号码]。