

개인정보 수집 · 이용 동의서

경기도의료원 포천병원은 「개인정보 보호법」에 의거하여 개인정보를 수집 · 이용함에 있어 동의를 받고 있습니다.

1. 개인정보 수집 · 이용 목적

포천병원은 귀하의 소중한 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 · 이용합니다.

- (진료서비스) ○ 진료 및 입원, 검진예약, 조회 및 진료 서비스 이용에 따른 본인 확인과 안내 절차에 사용
 ○ 진료예약 및 검사예약 및 검사예약 일정알림 및 진료상담서비스
 ○ 진단 및 치료 등을 위한 서비스 (협의진료에 필요한 개인정보)
 ○ 진료비 청구, 수납, 환급 등의 원무 서비스 등
 ○ 약품택배, 진료비계산서, 진료비내역서, 제 증명 및 건강검진 관련 서비스

2. 수집하려는 개인정보의 항목

필수항목	성명, 주민등록번호, 병록번호, 성별, 나이, 주소, 연락처(휴대폰번호/전화번호)
선택항목	이메일, 질병정보, 진료정보, 간호정보, 검사정보, 치료정보, 약무정보

3. 개인정보의 보유 및 이용기간

- 진료서비스를 위한 정보의 경우, 「의료법」 시행규칙 제15조(진료에 관한 기록의 보존)를 기준으로 보존합니다.
- 기록물의 경우, 「공공기록물 관리에 관한 법률」 시행령 제26조(보존기간)를 기준으로 보존합니다.
- 수집한 개인정보는 기록물심의위원회의 심의를 거쳐 매년 1회 보존기간 연장 혹은 파기 여부를 결정할 수 있습니다.

4. 상기 개인정보 수집 · 이용에 대하여 동의를 거부할 수 있으며, 선택정보 미동의 시 진료관련 서비스를 받을 수 있으나, 진료 외 기타 서비스가 제한될 수 있습니다.

또한 진료서비스 외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 수집 · 이용된 개인정보를 열람, 정정 · 삭제, 처리정지 하고자 할 때에는 개인정보 보호책임자를 통해 요구할 수 있습니다.

(동의함 동의하지 않음)

5. 제3자 제공

- 「의료법」 제21조(기록 열람 등)제2항에 의거하여 개인정보를 제3자에게 제공하는 경우에는 「개인정보 보호법」 제15조(개인정보의 수집 · 이용) 제1항 제2호 · 제3호 및 제5호에 해당하므로 동의가 필요하지 않습니다.

6. 진료 외 서비스 (목적 외 이용 또는 제3자 제공)

- 「개인정보 보호법」 제18조(개인정보의 목적 외 이용 · 제공 제한) 제2항에 의거하여
 - 1) 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우, 2) 정보주체가 의사표시를 할 수 없는 상태
 - 3) 범죄의 수사와 공소의 제기 및 유지를 위하여 필요한 경우, 4) 법원의 재판업무 수행을 위하여 필요한 경우
 - 5) 형(刑) 및 감호, 보호처분의 집행을 위하여 필요한 경우 등은 동의가 필요하지 않습니다.
- 다음의 목적으로 상기 2, 3, 4항을 포함하는 개인정보를 요청하는 타 기관에 정보를 제공할 시에는 요청정보의 목적 달성 또는 관계 법령에 따른 보유기간 경과 후에는 즉시 파기 및 파기결과를 반드시 제공하도록 명시합니다.
 - 의료원 이용 안내 및 새로운 서비스, 행사정보 안내와 의료원에서 발송하는 각종소식지, 진료정보 제공
 - 교육, 연구, 진료기록, 통계 등 진료서비스에 필요한 최소한의 분석 자료
 - 고객만족 등 의료원정책관련 의견수렴, 고충민원, 상담 및 회신서비스
 - 진료서비스, 교육, 연구에 필요한 분석자료, 임상시험 심사 등을 위한 기초자료
 - 의료 질 관리, 외부평가, 의료원 운영을 위한 법적 · 행정적 대응 및 조치, 기타 의료복지서비스 등 안내

(동의함 동의하지 않음)

7. 고유 식별정보의 수집·이용

상기 1, 3, 4항을 포함한 개인정보 수집 · 이용을 위하여 아래와 같이 고유 식별정보를 수집 · 이용할 수 있습니다.
 ○ 고유 식별정보 : 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

(동의함 동의하지 않음)

8. 민감정보(건강정보)의 수집·이용

상기 1, 2, 3, 4항을 포함한 진료서비스를 위하여 아래와 같이 민감 정보(건강정보)를 수집 · 이용할 수 있습니다.
 ○ 병력 및 가족력, 종교 등 의료진이 필요하다고 판단되는 개인 건강정보 등

(동의함 동의하지 않음)

9. (대리인) - 만 14세미만 아동인 경우 반드시 법정 대리인의 동의가 필요합니다.

대리인의 성명	(인/서명)	대리인 서명 사유 <input type="checkbox"/> 만14세 미만 아동(법정대리인) <input type="checkbox"/> 환자의 거동불편 <input type="checkbox"/> 의사불명 <input type="checkbox"/> 기타 :
대리인의 연락처		
대리인과의 관계		

(동의함 동의하지 않음)

「의료법」, 「국민건강보험법」, 「개인정보 보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 · 이용에 동의합니다.

20 년 월 일 성 명 : (인/서명)

경기도의료원 포천병원장 귀하