

■ 나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)의 목적 및 필요성, 검사과정 및 방법, 주의사항, 부작용, 시행 가능한 다른 방법, 예정된 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)이 시행되지 않았을 때의 결과, 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)방법의 변경 또는 범위의 추가 가능성 등에 대한 설명을 의사로부터 들었음을 확인합니다.

② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.

③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)에 협력하고, 이 동의서 "환자의 현재 상태 및 특이사항"에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식 하 진정)을 하는 데에 동의합니다.

20 년 월 일 시 분

• 담 당 의 사 (설 명 의 사) : _____ 서명

• 환자성명(또는 대리인 성명) : _____ 서명 (관계:)

• 연락처 ① _____ ② _____

<p>보호자가 서명하게 된 사유</p> <p><input type="checkbox"/> 환자본인이 보호자에게 동의권을 위임함</p> <p><input type="checkbox"/> 환자의 신체 정신적인 장애로 인하여 설명내용에 대하여 이해하지 못함</p> <p><input type="checkbox"/> 미성년자로서 설명내용에 대하여 이해하지 못함</p> <p><input type="checkbox"/> 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것으로 생각됨</p> <p><input type="checkbox"/> 기타(환자의 의식이 없고 보호자와 연락이 되지 않는 경우)</p> <p><input type="checkbox"/> 전화동의(환자의 의식이 없고 환자보호자 현장 부재 시)</p>	<p>보호자 개인정보 수집이용 동의</p> <p><input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 서명</p> <p>- 개인정보의 수집 이용 목적 : 환자상태에 대한 연락</p> <p>- 수집하려는 개인정보의 항목 : 전화번호</p> <p>- 개인정보의 보유 및 이용기간 : 진료기록의 보유기간과 동일</p> <p>- 귀하는 개인정보의 수집 이용에 동의를 거부할 수 있으며, 동의거부 시 환자상태 변화로 인한 긴급한 연락이 되지 않을 수 있습니다. 이점 양지하시기 바랍니다.</p>
--	---

※ 상세 추가사항은 별지로 추가 가능합니다.

※ 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며 단, 동의서 또는 별지 사본교부 시 소정의 수수료가 발생합니다.