

수술동의서

진단명: 첫장과 동일

수술명: 첫장과 동일

등록번호:

食 服:

성별/ 나이

진료과 /

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·부유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이 체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하며 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술·검사·마취·의식하 진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하 진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑥ 안전한 수(시)술을 위한 수(시)술 부위 표시의 필요성에 대한 설명을 들었으며 이에 동의합니다.

□ 작성일시: 2021년 06월 15일 16시 14분

환 자	성명: [redacted] 주민등록상의 생년월일: [redacted]
	주소: [redacted]
	집전화: [redacted]
대 리 인	성명: (서명) 주민등록상의 생년월일: 년 월 일
	환자의() 집전화: 휴대전화:
	주소:

• 대리인이 서명하게 된 사유(대리서명 시 필수 기재)
☐ 신체적, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못할
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못할
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함(별도 위임계약서 첨부 필수)
☐ 기타

- 의사의 상세한 설명은 어떤지 또는 별지를 사용할 수 있습니다. (이 동의서에 첨부함)
- 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며, 이 요청이 있을 경우 교부하도록 합니다. 단, 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.
- 수술(검사, 시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 청구할 수 있습니다.
- 병리조직검사는 최종진단이 나온 후에 정확한 검사비용을 계산할 수 있습니다. 이번에 청구/ 납부하는 것은 잠정적인 금액입니다. 정확한 진단을 위해 특수염색, 면역조직 화학검사, 분자병리검사, 전자현미경검사 등 추가 검사가 필요할 수 있으며 이에 따른 비용이 발생하게 됩니다. 조직검사와 관련 된 추가 비용이 발생할 수 있음을 숙지하고 동의합니다.

YU MC 외과
영남대학교병원