

등록번호 02698912

성명 [REDACTED]

나이/성별(생년월일) 32/F (88-07-27)

진료과/병동 산부인과(설현주)/[REDACTED]

2021년 02월 23일

1) 본인은 본 병원에서의 진료로 인해 파생된 본인의 각종 의학적 정보 특히 병원 및 센터의 엄격한 관리 및 승인 절차를 거쳐 학문적 용도로 사용될 수 있음을 의료진으로부터 설명 들었습니다.

2) 본인은 본 병원에서 진단, 연구 혹은 수술의 개발, 진전 등의 목적으로 환자 본인에게서 얻어지는 검체나 조직이 검사 또는 수술 후 일반적인 폐기의 과정을 거치지 않고 일상적, 방사선적, 유전학적 연구 등이 의료진의 철저한 책임 하에 과학적이고 윤리적으로 관리되어 학문적 용도로만 사용될 수 있음을 의료진으로부터 설명 들었습니다.

이에 본인은 본인으로부터 비롯된 검체 및 의료 정보들이 병원과 의료진의 책임 하에 철저한 관리를 통해 각종 분석 및 연구(유전자 연구 포함)에 사용될 수 있음에 동의합니다.

작성일시 : 20 21 년 1 월 15 일 시 분 (오전/오후)

☐ 환자

주민등록상의 생년월일 : 1988 년 7 월 27 일 (남/여) 이름 [REDACTED]

☐ 대리인

주민등록상의 생년월일 : 년 월 일 (남/여) 이름 : (서명)

★ 대리인이 서명하게 된 사유

[환자와의 관계 : 환자의 _____]

- ☐ 환자의 신체·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
☐ 기타 : _____

설 명의 사 : [REDACTED] (서명)

* 의사의 상세한 설명은 이면지 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 지체 없이 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 추가비용을 청구할 수 있습니다.

강 동 경 희 대 학 교 병 원 장 귀 하