

+2018041165739+

+2018041165739+



수술동의서

001214048

PD

장채원

F/5

130129-4XXXXXX

823

1. 환자의 현재 상태

- ☐ 고혈압 ☐ 저혈압 ☐ 당뇨병 ☐ 알레르기 ☐ 흡연 ☒ 특이소견없음
- ☒ 특이채질 ☐ 출혈소인
- ☐ 투약사고 ☐ 기도이성
- ☐ 수술력 ☐ 약물복용력
- ☐ 기타질환 (심장, 호흡기, 신장질환 등)

2. 설명사항

(1) 수술(시술, 검사)의 목적 및 효과

(2) 수술(시술, 검사) 과정 및 방법

(3) 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법

+2018041165739+

+2018041165739+

수술동의서

001214048

장채원

| 진료과 : PD

| 주민등록번호 : 130129-4XXXXXX

| 병실 : 823

(4) 수술(시술, 검사) 관련 주의사항 (수술 후 건강관리에 필요한 사항)

(5) 수술(시술, 검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성

수술(시술, 검사) 과정에서 환자의 상태에 따라 부득이하게 수술(시술, 검사)방법이 변경되거나 수술(시술, 검사)범위가 추가될 수 있습니다.

(수술(시술, 검사) 방법 및 범위 변경 ☐)

변경된 방법 및 범위:

사유:



(이 경우, 환자 또는 대리인에게 추가로 설명하여야 하는 사항이 있는 경우에는 수술(시술·검사)의 시행 전에 이에 대하여 설명하고 동의를 얻도록 합니다.)

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 수술방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 그 변경 또는 추가의 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.)

(6) 주치의(집도의)의 변경 가능성

수술(시술, 검사) 과정에서 환자의 상태에 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 주치의(집도의)의 질병, 출산 등 임신상 사유, 기타 변경사유)에 따라 부득이하게 주치의(집도의)가 변경될 수 있습니다.

(주치의(집도의) 변경 ☐)

사유:

(이 경우 수술(시술·검사)의 시행 전에 환자 또는 대리인에게 구체적인 변경사유를 설명하고 서면동의를 얻도록 합니다.)

다만, 수술의 시행 도중에 환자의 상태에 따라 미리 설명하고 동의를 얻을 수 없을 정도로 긴급한 집도의의 변경이 요구되는 경우에는 이에 따른 수술의 시행 후에 지체 없이 구체적인 집도의의 변경 사유 및 수술의 시행결과를 환자 또는 대리인에게 설명하도록 합니다.)

7) 기타사항

1) 예정된 의료행위가 시행되지 않았을 때의 결과

2) 시행 가능한 다른 치료방법 : ☒ 없음 ☐ 있음

나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다. _____ 확인함 ☒

이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위의 설명으로 이해했음을 확인합니다. _____ 확인함 ☒

이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다. _____ 확인함 ☐

+2018041165739+

+2018041165739+

수술동의서

001214048

장채원

| 진료과 : PD

| 주민등록번호 : 130129-4XXXXXX

| 병실 : 823

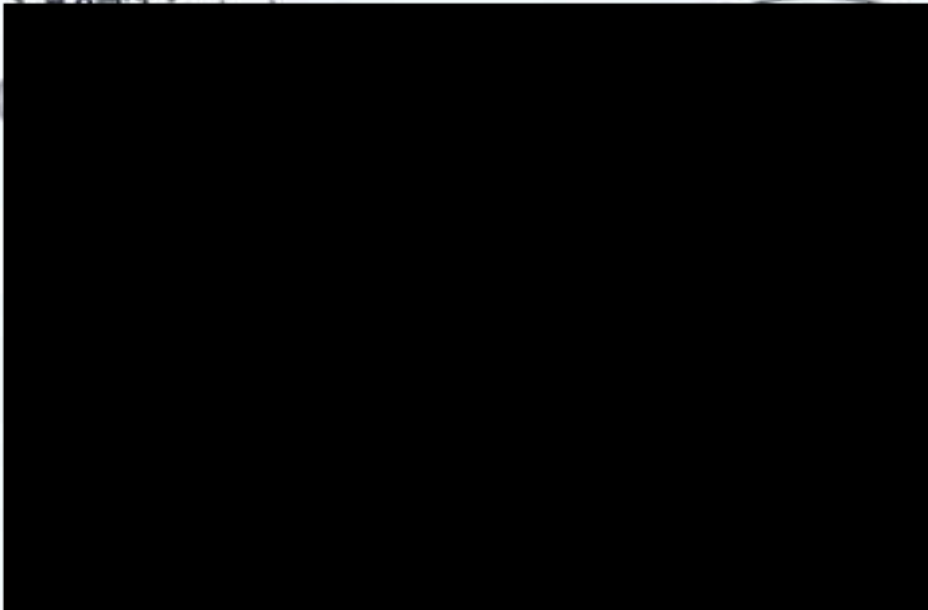
수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술·검사·마취·의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다. 확인함 ☒

주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술·검사·마취·의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다. 확인함 ☒

본 치료방법의 수가 중 의료보험 요양급여 기준에 인정되지 않는 비급여 부분과 선택진료비는 본인이 전액 부담할 것을 동의합니다. 확인함 ☒

2018년 4월 11일 14시 00분

< 설명의사 >



< 대리인이 서명하게 된 사유 > [근거 : 공정거래위원회 수술동의서 표준 약관]

- ☒ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☒ 미성년자(만 19세 미만)로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
- ☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 양백함
- ☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
(이 경우, 별도의 위임계약서를 본 동의서에 첨부하여야 함)
- ☐ 기타 _____

- * 의사의 상세한 설명은 어떤지 또는 별지를 제공할 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.



