

등록번호 02441437

성명 [REDACTED]

나이 / 성별 47/M

진료과/병동 [REDACTED] 11A병동 1126호

수술 마취 검사 동의서

2010.04.12

진단명:

수술, 검사명:

수술방향: (양측, 우측, 좌측)

수술예정일자: 2010.04.12 일 (오전, 오후) 시 분

수술내용:

환자명

본인을 본인 (또는 환자)에 대한 수술(마취, 검사)의 필요성, 내용, 예상되는 합병증, 후유증(

) 등에 대한 설명을 의사로부터

들었으며, 본 수술(마취, 검사)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 사전 설명으로 충분히 이해하여, 만일 보장이 생겼을 때는 의료법 제54조의 2에 의한 의료상사조정위원회에 그 조정을 신청토록 할 것이며, 수술(마취, 검사)에 협력할 것을 서약하고, 다음사항을 성실, 정확히 고지하여 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 수술(마취, 검사)을 하신다 동의합니다.

- * 기 원 학 :
- * 특 이 체 질 :
- * 고, 저 혈압 :
- * 심 정 병 :
- * 약으로 인한 사고 :

- * 알레르기 :
- * 당 뇨 병 :
- * 출혈소인 :
- * 마약사고 :

작성일자: 2010.04.12 일 2시 30 분 (오전, 오후)

인자 또는 보호자: [REDACTED] 서명: [REDACTED] (환자와의 관계: [REDACTED])

(주민등록번호: [REDACTED]) (연락처 핸드폰: 010-597-1498)

주 소: 강동구 [REDACTED]

담당의사 또는 설명의사: [REDACTED] 서명: [REDACTED] (연 락 번 호: [REDACTED])

비 고: [REDACTED]

- * 상기 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용하여 환자가 본 동의서 사본을 얻으면 교부할 수 있다.
- * 본 동의서는 본인의 서명이나 날인으로 유효하나 본인이 서명하기 어려운 신체적, 정신적 장애가 있거나 또는 미성년자일 경우에는 보호자 또는 대리인이 이를 대행한다.