

등록번호	0000324233	성명	윤은미
진료과/병동	응급의료센터 /	나이/성별	42 / 여

나는

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술의 목적 및 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 듣고 이해하였습니다.
- ② 본 수술로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 일어날 수도 있다는 것을 사전 설명으로 충분히 이해하였습니다.
- ③ 안전한 수술을 위한 수술 부위 표시의 필요성에 대한 설명을 들었으며 이에 동의합니다.
- ④ 수술에 협력할 것을 서약하고, 위의 '환자의 현재상태'에 대해 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 상기 수술을 하는데 동의합니다.
- ⑤ 나는 예정된 수술에 변동사항(수술방법, 추가범위 및 담당의)이 생길 가능성에 대해 의사로부터 듣고 이해하였습니다.
- ⑥ 본 동의서의 정보를 충분히 이해하였으며, 나의 자발적 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

작성일 : 2022년 03월 13일 16시 03분

환자 이름 (대리인 또는 보호자)	배진욱	환자와의 관계	배우자	
연락가능한 전화번호				



※ 환자 본인이 아닌 대리인 또는 보호자가 서명하게 된 사유

(대리인 또는 보호자가 서명한 경우 반드시 표기해야 함)

- ☐ 신체적 정신적 지장이 있어 수술에 대한 이해가 불가능할 것으로 판단되는 환자
- ☐ 미성숙하며 수술에 대한 충분한 이해가 불가능할 것으로 판단되는 미성년자
- ☒ 응급사항
- ☐ 환자에게 심적 부담을 주어 건강 침해될 초래할 것으로 예상
- ☐ 환자 본인이 본인의 치료에 대한 승낙 권한을 특정인에게 일임 (법도의 위임장을 반드시 첨부해야함)
- ☐ 무연고 환자 (의사결정능력이 없는 응급환자)
- ☐ 기타

설명 의사 소속	산부인과	설명 의사 이름	조현철	설명 의사 서명	
----------	------	----------	-----	----------	--