

1. 본인은 본인(환자)의 현재 상태, 수술(시술)의 목적 및 효과, 수술(시술)의 과정 및 방법, 발생 가능한 합병증 및 부작용, 시행 가능한 다른 치료방법, 치료를 받지 않았을 경우의 예후 등에 대하여 담당의사로부터 충분한 설명을 들었습니다.
2. 본인은 본 수술(시술)로 인해 불가항력으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 인한 우발적 사고에 대하여 사전설명을 충분히 듣고 이해하였습니다.
3. 본인은 예정된 수술(시술)에 변동사항이 생길 경우 보호자에게 설명할 수 있음을 충분히 이해하였습니다.
4. 본인은 수술(시술)에 대한 설명이 이루어지는 과정에서 추가 질문을 할 수 있음을 고지 받았고 이를 행사 함에 어떠한 제약도 없었습니다.
5. 따라서 수술(시술)에 협력할 것을 서약하고 '환자의 현재 상태(병력)'에 대해 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 수술(시술)을 하는데 동의합니다.

2015년 01월 18일 14시

환 자	성 명	(서명)
	연락처	
보호자(대리인)	성 명	
	연락처	
담당의사(설명 의사)	성 명	

☞ 보호자(대리인)가 서명하게 된 사유 (해당 사항에 체크 하세요)

- ☐ 환자의 신체·정신적 장애로 의사결정 불가 ☒ 환자가 미성년자임
☐ 설명 시 환자의 심신에 중대한 영향이 있을 ☐ 환자가 특정인에게 위임함(위임계약서 필요)

전 남 대 학 교 병 원 장 귀하

- * 의사의 상세한 설명은 어떤지 또는 영지를 사용할 수 있으며(본 동의서에 첨부) 환자(또는 대리인)가 본 동의서 사본을 원하는 경우 이를 교부합니다.
- * 수술 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 지불 할 수 있습니다.