

■ 의사의 상세한 설명은 추가작성 서식을 사용할 수 있습니다.

■ 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 추가작성 서식 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며, 이 요청이 있을 경우 지체 없이 교부하도록 합니다. 단, 동의서 또는 추가작성 서식 사본 교부 시 소요되는 비용을 청구할 수 있습니다.

■ 시술 전, 후 보다 정확한 진단 등을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가비용을 청구할 수 있습니다.

■ 이 동의서는 본인의 서명이나 날인으로 유효하나, 본인이 서명하기 어려운 신체적, 정신적 지장이 있거나 또는 미성년자일 경우에는 보호자 또는 대리인이 이를 대행합니다.

* 나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 시술의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 시술로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 시술에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 시술을 하는데 동의합니다.
- ④ 시술 방법의 변경 또는 시술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 시술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 시술의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

환자와의 관계

대리인 이름 (배우자)

설명 의사 이름