

동의서 - 증례보고

마취 통증의학 증례보고서 상에 포함된 환자 정보에 대한 동의

제목 :

환자 성

저자 :

본인은 위 내용과 관련하여 웹사이트 및 관련 간행물에 본인의 정보 제공에 동의합니다.

본인은 자료를 보고 읽었으며 다음 내용을 이해하였습니다.

1. 증례 보고서에서 이름을 삭제 하는 것을 포함하여 익명성이 보장됩니다.
그러나 완전한 익명성은 보장될 수 없습니다.
2. 정보는 광고 목적으로 사용되거나 문맥 밖에서 사용되지 않습니다.
3. 정보가 웹사이트에 업로드 되거나 출판되기 전에 동의를 취소 할 수 있습니다.

20 21 년 6 월 15 일 14 시 00 분

환 자:

설명 의사: