

# 의학용 사진 촬영 동의서

환자번호 : [REDACTED] 환자명 : [REDACTED] 시행예정일: 2022/11/30

## ■ 현재의 환자상태

- 한글병명 : 달리 분류되지 않은 수술상처의 파열

상기 질환의 특성상 의학사진은 정확한 진단과 추적관찰 및 치료 방침 결정에 있어서 매우 중요한 수단으로써 법으로 정한 의무기록의 일부입니다. 의학 사진/동영상을 비롯한 진료과정에서 획득한 모든 자료는 진료·교육·연구 목적에만 사용될 수 있으며 이 경우에도 동국대학교 일산병원은 환자 여러분의 권리 보호 차원에서 개인 정보의 유출을 방지하기 위해 최선을 다하겠습니다.

본인과 보호자는 의학 사진/동영상 촬영의 필요성과 촬영을 통해 얻어진 정보의 이용 및 관리에 대하여 자세한 설명을 충분히 들었습니다.

촬영된 의학 사진/동영상 저작권 등의 권한을 일임하여 진료·교육·연구 목적에만 사용되었을 경우 이의를 제기하지 않겠습니다.

상기의 내용을 모두 이행하여 의학용 사진/동영상 촬영에 동의합니다.

본인은 이상과 같이 본인의 의학 사진 및 동영상의 저작권을 담당의사에게 위임합니다.

작성일시 : 2022/11/30

환자 본인 :

환자성명

한상두 (한상두)

☐ 대리인(환자의

) 성명 :

(서명)

생년월일 :

연락처 :

### ※ 대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
- ☐ 환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 수술에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨
- ☐ 미성년자로서 수술에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨
- ☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것으로 판단됨
- ☐ 응급상황
- ☐ 기타

설명 의사 성명:

(서명)

동국대학교 일산병원장 귀하



20230717 0118  
한상두 11086544  
PS TOP

# PATIENT MEDICAL PHOTOGRAPHIC CONSENT FORM

Patient number : 11086544 Patient name : 한상두 Date : 2022/11/30

I consent to the taking of photographs, slides, videotapes and other images ("imaging records") of my body parts in connection with the plastic surgery procedures(s). I understand that such imaging records may be published in medical publications, including medical journals, textbooks, electronic publications, of informing the medical profession or the general public about plastic surgery methods, results, trends, concerns and similar matters.

Neither I, nor any member of my family, will be identified by name in any publication. I understand that in some circumstances the photographs may portray features which shall make my identity recognizable. Further, I recognize that in some instances the photographs may be transformed into a non-photo likeness of me.

**I understand that I have the right to refuse this authorization in writing at any time, but if I do so it won't have any effect on any actions taken prior to my refusal. Refusal to consent to photographs will in no way affect the medical care I will receive.**

I hereby warrant that I am over twenty-one years of age, and competent to contract in my own name.

I grant this consent as a voluntary contribution in the interest of public education and certify that I have read the above Authorization, Release and Discharge and fully understand its terms.

☒ Patient 한상두 Date 2022/11/30

WITNESS/PHYSICIAN : 김도원

I have read the above Authorization, Release, and Discharge. I am the parent, guardian or conservation of 환자성명, a minor. I am authorized to sign this consent of his/her behalf I grant this consent as a voluntary contribution in the interest of public education.

☐ Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_