

8. 학술 연구 자료로서의 사용(선택사항)

본 수술을 진행하는 과정에서 촬영한 사진이나 적출한 조직 및 수술 결과는 학술 연구 자료로 이용될 수 있고, 이 때 익명성은 확실히 보장합니다.

환 자 : (인)
환자와의 관계 : 보호자(법정대리인)서명 : (인)

※ 본인은 본인(또는 환자)에 대한 현 상태, 수술의 목적 및 필요성, 장점, 수술의 과정 및 방법, 수술 전/후 주의사항 수술과정 중 발생할 수 있는 문제점, 수술 후 발생 가능한 합병증 및 후유증, 수술 이외의 가능한 대안법, 수술을 하지 않았을 경우 발생 가능한 문제점 등에 대한 설명을 의사로부터 듣고 이해하였습니다.

※ 본 수술로 인해 불가항력적이나 일반적으로 야기될 수도 있는 합병증(또는 후유증)이나 환자의 특이체질로 인한 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하며 수술에 협력할 것을 서약하고 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 수술을 하는데 동의합니다.

● 대리인이 서명하게 된 사유(선택사항)

- ☐ 환자의 신체 & 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못함
☒ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함
☐ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함
(이 경우 별도의 위임 계약서를 본 동의서에 첨부 하여야 합니다.)
☐ 기타 :

● 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있으며(본 동의서에 첨부) 환자(또는 대리인)가 본동의서 사본을 원하는 경우 이를 교부합니다.

● 본 동의서는 환자 본인에 의한 동의(서명)를 우선으로 하며, 본인이 미성년자이거나 정신적 또는 신체적 장애로 인하여 서약이 불가능할 때에는 환자가 지정한 또는 법적대리인이 서명하도록 한다.

환자와의 관계 :

동생

2017년 7월 29일 M 시 문
설명 의사 : (인)
환 자 : (인)
보호자(법정대리인)서명 : (인)
리정숙