

[환자에 대한 의사의 설명 확인 및 동의 조항]

나는 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

- ① 나(또는 환자)에 대한 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 목적·효과·과정·예상되는 합병증·후유증 등에 대한 설명(필요시 별지 포함)을 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ② 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 위 ①의 설명으로 이해했음을 확인합니다.
- ③ 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)에 협력하고, 이 동의서 제1조의 환자의 현재 상태에 대해 성실하게 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의의 판단에 위임하여 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)을 하는 데에 동의합니다.
- ④ 수술(시술·검사) 방법의 변경 또는 수술범위의 추가 가능성에 대한 설명을 이 수술(시술·검사·마취·의식하진정)의 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
- ⑤ 주치의(집도의)의 변경 가능성과 사유에 대한 설명을 이 수술(시술, 검사, 마취, 의식하진정)의 시행 전 의사로부터 들었음을 확인합니다.

2022년 01월 11일 17시 38분

환자	성명	[Redacted]	(서명)
	생년월일	[Redacted]	
	연락처	[Redacted]	
	주소	[Redacted]	
☞ 보호자(대리인)가 서명하게 된 사유 (해당 사항에 체크하세요)			
☐ 환자의 신체·정신적 장애로 의사결정 불가 ☐ 환자가 미성년자임(만 19세 미만) ☒ 환자의 심신에 중대한 영향이 있어 보호자가 원함 ☐ 환자가 특정인에게 위임함(위임계약서 필요)			
보호자(대리인) (환자와의 관계 : 배우자)	성명	[Redacted]	[Redacted]
	생년월일	[Redacted]	
	연락처	[Redacted]	
담당의사(설명 의사)	성명	김재웅	[Redacted]

전 남 대 학 교 병 원 장 귀 하

- * 의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용할 수 있습니다.(이 동의서에 첨부함)
- * 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며, 이 요청이 있을 경우 지체 없이 교부하도록 합니다. 단, 동의서 또는 별지 사본 교부 시 소용되는 비용을 청구할 수 있습니다.
- * 수술(검사, 시술) 후 보다 정확한 진단을 위하여 추가로 특수 검사를 시행할 수 있으며, 이 경우 추가 비용을 청구할 수 있습니다.