

0008-4

일반동의서

이 동의서는 치료 단독대학교 병원의 환자로부터 받게 될 일반적인 의료서비스에 대해 정보를 제공하고자 하는 목적으로 드리는 것입니다.

일반적인 진료, 검사 및 치료에 관한 동의

- 나는 의료진으로부터 의학적 필요에 따라 진료, 입원, 검사, 각종검진, 치료(약물치료 포함) 등을 권고 받을 수 있고, 이에 따른 검사와 치료를 시행할 수 있다는 것을 이해하여 이에 동의합니다.
- 나는 진단, 치료 목적에 의하여 혈액검사, 체액검사, 영상학검사, 특수검사를 시행할 수 있으며 검사 결과는 의료진에 의하여만 이용되며 외부로 노출되지 않는 것을 이해하고 동의합니다.
- 나는 수술 혹은 치료시 진단과 치료 및 검사의 목적으로 신체조직의 일부를 취할 필요가 있을 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다.
- 나는 의료진의 판단에 따라 특정 시술이나 수술을 하게 될 경우 의료진으로부터 설명을 듣고, 내지 수술 및 시술의 시행에 동의하거나 거절할 권리가 있음을 이해하고 이에 동의합니다.
- 나는 동의서 외에도 치료과정에서 특정 시술이나 수술 및 특수검사에 대한 추가 동의서를 제공받고 서명을 요청받을 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

의료진간 정보공유 및 의무기록에 관한 동의

- 나의 의무기록은 의료법에 의해 보장받게 되어 있으며, 의료법에서 제시한 절차와 방법 외에는 의무기록이 노출되지 않을 것임을 이해하고 이에 동의합니다.
- 나는 개인정보의 외부 유출이나 공개없이 나의 의무기록이 의학연구 및 국가기관 인증평가, 국제의료기관 인증평가 등의 목적으로 사용될 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

☒ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다

※ 동의하지 않을 경우에는 진료 및 검사 일정에 대한 문자서비스, 병원 홍보물 등을 통한 자료제공 등의 서비스가 제공되지 않습니다.

설명자: [Blank]
신청일: 2015년 09월 26일 03:23
신청인: [Blank]
(환자와의 관계)

다발형 진료의뢰의 회신에 관한 동의

의뢰병원(회신 받을 병원):

귀하의 상기 의뢰한 병(의)원에 단독대학교병원에서 진료받은 본인의 진료정보(검사결과 및 영상, 투약정보, 진료회신서 등)가 치료 목적에 한하여 진료일 이후 1년간 인터넷(E-mail, 홈페이지), FAX, 우편 등의 방법으로 제공되는 것을 이해하여 이에 동의합니다.

☐ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다

※ 동의하지 않을 경우에는 진료의뢰한 병원에 진료정보가 제공되지 않습니다.

설명자: 김현빈
신청일: 2015년 09월 26일 03:23
신청인: (서명 또는 인)
(환자와의 관계)

일반동의서

069913

14:25:00 (2015-10-26 09:10:45:20)

0008-4

동의서
Informed Consent

진단명 (환자의 현재 상태 포함)	Ho lymphoma / SLE	복이사람:
수술(시술, 검사) 명	Cap. Stenectomy	
수술(시술) 부위(방향)	Heen	
수술(시술) 집도의	pf. [Blank]	

1. 수술(시술, 검사)의 목적 및 필요성

2. 수술(시술, 검사)의 과정 및 방법

3. 수술(시술, 검사) 과정 중 발생할 수 있는 문제점

4. 조영제 및 약물 부작용 과거력 확인

- 과거 조영제 검사시행 여부(☐예 ☐아니오)
 - ☐경증: ☐구역질 ☐경한 구토 ☐각혈 ☐피부발진 ☐반한 ☐가려움증 ☐주사부위 통증 ☐기침
 - ☐중등증: ☐현기증 ☐심한 구토 ☐심한 두드러기 ☐안면부종 ☐상대부종 ☐기관지 경련
 - ☐호흡곤란 ☐강직 ☐가슴통증 ☐복부통증 ☐두통
- 중증: ☐혈압강하 ☐과식소실 ☐폐부종 ☐심장마비 ☐심근경색증 ☐심장마동 이상
- 기타: ☐기타증상()

3) 일반약물 부작용 여부(☐예 ☐아니오) → 약물 종류()

5. 피복과 관련하여 발생 가능한 합병증 및 후유증

6. 수술(시술, 검사) 이외의 가능한 대안법

7. 치료를 하지 않았을 경우 발생 가능한 문제점

8. 안전한 수술(시술, 검사)을 위한 수술부위 표시가 필요합니다.

수술(시술, 검사)부위 표시은 수술(시술, 검사) 시행자가 수술(시술, 검사)한 부위를 재확인하게 하고, 치료와 관련 없는 다른 부위를 수술(시술, 검사)하게 되는 위험을 예방하는 절차입니다. 이에, 표시가 지워지지 않도록 굵은 펜을 사용하여 수술(시술, 검사)부위에 정확히 표시를 하게 되며, 표시가 지워지기까지 다소 시간이 걸릴 수 있습니다.

동의서
Informed Consent

060100

1. 본인(또는 환자)에 대한 현 상태, 수술(시술, 검사)의 목적 및 효과, 수술(시술, 검사)의 과정 및 방법, 수술(시술, 검사) 과정 중 발생 할 수 있는 문제점, 수술(시술, 검사)후 발생 가능한 합병증 및 후유증, 수술(시술, 검사) 이외의 가능한 대안법, 치료를 하지 않았을 경우 발생 가능한 문제점 등에 대한 설명을 의사로부터 듣고 이해하였습니다.

- 본 수술(시술, 검사)도써 불가항력적이나 일반적으로 야기될 수도 있는 합병증(또는 후유증)이나 환자의 특이 체질로 인한 후발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 충분히 이해하였습니다.
- 안전한 수술(시술, 검사)을 위한 수술(시술, 검사)부위 표시의 필요성에 대한 설명을 들었으며, 표시를 원치 않아 시행하지 않을 경우 발생할 수 있는 위험에 대하여 충분히 이해하였습니다.
- 따라서, 귀 병원에 상기의 수술(시술, 검사)을 실시하여 줄 것을 서면으로 요청하며, 다음 사항에 대해 성실히 고지하며, 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단에 위임하여 상기 수술을 하는데 동의합니다.
- 본인(또는 환자)은 수술(시술, 검사)중 예정된 수술(시술, 검사)에 변동사항이 생길 경우 보호자에게 설명할 수 있음을 충분히 이해하였습니다.
- 본인(또는 환자)의 자발적인 이해에 근거하여 이 동의서에 서명합니다.

작성 날짜: 2016년 8월 24일 16시 30분

주치의(설명 의사):

환자: (서명) 연락처(☎):

대리인(환자의 부): 연락처(☎):

() 환자가 의사결정을 할 수 없는 신체적, 정신적 장애가 있음
() 동의서 내용 설명시, 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 우려가 있음
() 환자 본인이 특정인에게 동의의 권한을 위임하였음
() 미성년자
() 기타()

또 상기 의사의 상세 설명은 이견이 또는 별지를 사용할 수 있으며, 환자가 본 동의서의 사본을 요청할 경우 지경 절차에 의해 교부할 수 있다.

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

단국대학교 병원장 귀하

동의서
Informed Consent

060100