

☐ 진료정보제공 동의서

●등록 번호: [REDACTED]

●환자 성명: [REDACTED]

●환자 주민등록번호 앞6자리: [REDACTED]

●환자 전화/휴대폰 번호: [REDACTED]

본인은 원광대학교병원이 진료 목적으로 전화, 우편, 팩스, SMS, 온라인 진료정보공유시스템 등의 방법을 통해 수진이력, 검사결과, 투약내역, 수술내역, 퇴원기록, 진료결과회신 내역을 포함한 진료정보(과거 및 타 진료과 진료정보 포함)를 제공하는 것에 동의합니다.

- 정보를 제공받는 자 : 회송 또는 전원 협의 대상 병·의원
- 정보를 제공받는 자의 정보 이용 목적 : 회송 또는 전원 환자 진료
- 정보를 제공받는 자의 보유 및 이용기간 : 5년
- 동의 거부 시 제한 사항 : 환자(보호자)는 진료정보제공 동의를 거부할 수 있습니다. 단, 동의를 거부하는 경우에는 회송 또는 전원 병·의원과의 협의가 제한되며 진료정보는 제공되지 않습니다.

2020 년 05 월 25 일

● 환자 성명 [REDACTED]

● 대리인 _____ (서명) 환자와의 관계: _____ 연락처 _____

※ 대리인이 서명하게 된 사유

- ☐ 환자의 신체·정신적 장애로 이해 못함
- ☐ 환자 본인이 특정인에게 위임함 (위임계약서 첨부)
- ☐ 만 14세 미만 미성년자 (법정대리인)
- ☐ 의식불명
- ☐ 기타: _____



원 광 대 학 교 병 원 진료협력센터

Tel 063-859-2585 Fax 063-859-2587