등록번호: [redacted]
성 명: [redacted]
생년월일: [redacted]

일반동의서

이 동의서는 저희 단국대학교 병원의 환자분께서 받게 될 일반적인 의료서비스에 대해 정보를 제공하고자 하는 목적으로 드리는 것입니다.

일반적인 진료, 검사 및 치료에 관한 동의

1. 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 이해하며 이에 동의합니다.
2. 나는 진단, 치료 목적에 의하여 혈액검사, 체액검사, 영상학검사, 특수검사를 시행할 수 있으며 검사 결과는 의료진에 의하여만 이용되며 외부에 노출되지 않는 것을 이해하고 동의합니다.
3. 나는 수술 혹은 치료 시에 진단과 치료 및 검사의 목적으로 신체조직의 일부를 채취할 경우가 있을 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다.
4. 나는 의료진의 판단에 따라 특정 시술이나 수술을 하게 될 경우 의료진으로부터 설명을 듣고, 내게 수술 및 시술의 시행에 동의하거나 거절할 권리가 있음을 이해하고 이에 동의합니다.
5. 나는 동의서 외에도 치료과정에서 특정 시술이나 수술 및 특수검사에 대한 추가 동의서를 제공받고 서명을 요청 받을 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

의료진간 정보공유 및 의무기록에 관한 동의

1. 나의 의무기록은 의료법에 의해 보장받게 되어 있으며, 의료법에서 제시한 절차와 방법 외에는 의무기록이 노출되지 않을 것임을 이해하고 이에 동의합니다.
2. 나는 개인정보의 외부 유출이나 공개 없이 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 안내에 대한 문자서비스, 병원 홍보물 등을 통한 자료제공 등의 서비스가 제공되지 않습니다.

설명자 : [redacted]

신청일 : 2018년 02월 27일

신청인 : [redacted] (서명 또는 인)

(환자와의 관계 본인 <-- 대리인)

타 병원 진료의뢰의 회신에 관한 동의

의뢰병원(회신 받을 병원):
귀하의 상기 의뢰한 병(의)원에 단국대학교병원에서 진료 받은 본인의 진료정보(검사결과 및 영상, 투약정보, 진료 회신서 등)가 치료 목적에 한하여 진료일 이후 1년간 인터넷(E-mail, 홈페이지), FAX, 우편 등의 방법으로 제공 되는 것을 이해하며 이에 동의합니다.

(☑ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다 ☐ 해당없음)

※ 동의하지 않을 경우에는 진료의뢰한 병원에 진료정보가 제공되지 않습니다.

설명자 [redacted]

신청일 : 2018년 02월 27일

신청인 [redacted] 명 또는 인)

(환자와의 관계 본인 <-- 대리인)