


수술(검사, 마취)동의서

병명 치루감염
수술 / 검사명 치방 및 턱방제거술
주치의(설명 의사) 김수영 ①

병록번호 :
성명 : F/75세
생년월일 : A+
성별 : 051-08 
일자 : 20 년 월 일

본인은 본인(또는 환자)에 대한 수술(검사, 마취)의 필요성, 내용, 예상되는 합병증, 후유증() 등에 대하여 설명을 의사로부터 들었으며, 본 수술(검사, 마취)로서 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 우발적 사고가 일어날 수도 있다는 것을 사전설명으로 충분히 이해하며, 수술(검사, 마취)에 협력할 것을 서약하고, 다음 사항을 성실히 고지하며 이에 따른 의학적 처리를 주치의 판단 하에 위임하여 수술(검사, 마취)을 하는 데 동의합니다.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 과거력 | <input type="checkbox"/> 알레르기 |
| <input type="checkbox"/> 특이체질 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 X |
| <input type="checkbox"/> 고저혈압 | <input type="checkbox"/> 출혈소인 |
| <input type="checkbox"/> 심장병 | <input type="checkbox"/> 마약사고 |
| <input type="checkbox"/> 약으로 인한 사고 | |

2010년 11월 18일

환자 : ①
주소 : 양구군 남산면 전화번호 : 491-
대리인 : ①
환자와의관계 : 환자의 (딸)
주민등록번호 : -
주소 : 양구군 남산면 전화번호 : 010-9480-

※ 상기의사의 상세한 설명은 이면지 또는 별지를 사용하며, 환자가 본 동의서 사본을 원하면 교부할 수 있다.

※ 본 동의서는 본인의 서명이나 날인으로 유효하나 본인이 서명하기 어려운 신체적, 정신적 지장이 있거나 또는 미성년자일 경우에는 보호자 또는 대리인이 이를 대행한다.

강원대학교병원장 귀하