진 료 의 뢰 서

DEMC 동의의료원 DONG-EUI MEDICAL CENTER

http://www.demc.kr

동의의료원 진료의뢰지원센터
(47227)부산광역시 부산진구 양정로 62
전화(051)850-8828.FAX(051)850-8919

수 진 자 인 적 사 항	성 명		주민등록번호	
	전화번호		휴대전화번호	
	주 소			
동 의 의 료 원	등록번호		예약일시	
	진 료 과		의 사 명	
수 진 자 상 태 및 진 료 소 견	상기환자를 의뢰하오니 성심껏 진료하여 주시면 감사 하겠습니다 년 월 일			
의 뢰 기 관	병 원 명		의사이름	
	면허번호		전화번호	
	주 소			

정 보 공 개 동 의 서

☐ 본원에서는 의료법 제21조에 의거하여 수진자 본인 또는 직계 가족이 동의하는 경우에만 진료결과를 회신합니다.

☐ 본인은 동의의료원이 의뢰의사에게 본인의 진료정보가 치료목적에 한하여 인터넷,우편,팩스 등의 방법을 통해 제공하는 것에 동의합니다.
(진료정보 : 검사 및 영상결과지, 투약 내용, 진료회신서)

년 월 일

성명:_____ (서명,인) 관계:_____

보호자가 서명하게 된 사유

☐ 환자 본인이 보호자에게 동의권을 위임함
☐ 환자의 신체 · 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨
☐ 미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨
☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것으로 판단됨
☐ 응급상황
☐ 기타_____