

등록번호	
이름	
생년월일	
성별/연령	
진료과	병실

개인건강정보 제공 및 활용 동의서

환자의 개인건강정보는 아래의 목적 외에 다른 목적으로 사용하지 않으며, 환자 본인이나 법령상 요건을 구비한 환자의 보호자가 동의한 경우에만 개인건강정보가 제공 및 활용 됩니다. 환자 또는 보호자는 관련 법령에 따라 진료 및 치료 등에 위해가 되지 않는 범위 내에서 동의를 철회할 권리가 있으며, 이 경우 진료 정보를 사본으로 발급받아 각 병원에 교부해야 합니다.

1. 개인정보 및 진료정보 제공 및 활용 목적

- 진료 예약
- 진단 및 치료 등의 진료 서비스
- 진단 및 치료에 필요한 정보 저장

2. 제공 및 활용되는 개인정보 항목

- 개인 식별정보 (성명, 생년월일, 나이, 성별, 주소, 연락처, 메일주소 등)
- 진단 및 수술정보 및 처방 내역
- 검사결과 및 영상자료 (진단검사의학, 핵의학 및 영상의학 검사 등)
- 의사소견서

3. 제공방법 : 인터넷(이메일 및 홈페이지), 팩스, 우편, 전화 등

4. 보유기간

본인 및 대리인이 서비스 동의 철회를 하지 않고, 제공받는 의료기관이 관련 진료를 계속 하는 기간 동안

본인은 위 내용을 확인하고 이해하였으며, 본인의 개인정보 및 진료정보가 강릉아산병원과 ()병.의원 간(외)에 제공·활용되는 것에 동의합니다.

년 월 일

환자 또는 대리인(환자의 _____) : _____ 서 명 (인)

설명자 : _____ (서명) (소속 : _____)

- | | |
|-------------------------|--|
| <p>※ 대리인이 서명하게 된 사유</p> | <p><input type="checkbox"/> 환자가 의사결정하기 힘든 신체적, 정신적 장애가 있는 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 환자의 심신에 중대한 영향을 미칠 것이 우려되는 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임한 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 미성년자의 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 응급상황</p> <p><input type="checkbox"/> 기타</p> |
|-------------------------|--|