



조선대학교병원
CHOSUN UNIVERSITY HOSPITAL

진료정보제공 환자동의서

() 병의원(기관) () 의사에게

진료연계와 치료 목적에 한하여 조선대학교병원에서 받은 진료기록의 내용 확인이나
진료경과 소견 등을 전화, 우편, 팩스, 이메일 등의 방법을 통하여 제공하는 것에 동의합니다.

- 진료정보제공 목적 : 진료결과 회신, 회송환자 결과 조회, 전자의뢰 및 결과 조회
- 진료정보제공 항목 : 환자인적사항(성명, 생년월일, 성별, 나이, 등록번호), 진단명, 수진이력, 검사결과 및 영상, 치료계획, 투약내역, 수술내역, 퇴원기록 등을 포함한 진료정보
- 진료정보를 제공받는 의사의 정보보유 및 이용기간 : 5 년
- 동의거부권 및 동의 철회 관련 안내 : 환자는 진료정보제공 동의를 거부할 권리 및 동의를 철회 할 권리가 있습니다. 동의 거부 시 진료정보는 제공되지 않습니다.

위와 같이 진료정보를 제공하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

- 환자 성명 :
- 환자 성별 : ☐ 남 ☐ 여
- 환자 주민등록번호(앞6자리) :
- 환자 연락처 / 휴대폰 번호 :

20 년 월 일

■ 성 명 : (서명)

■ 환자와의 관계 :
보호자(대리인)