|  |  |
| --- | --- |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의 2서식] <개정 2017. 6. 21.> |  |
| **굿윌치과병원 진료기록 열람 및 사본발급 동의·신청서** |
| **환자본인**법정대리인(위임인) | 성 명 | Chart NO.  |
| 생년월일 (외국인등록번호) | 연락처 |
| 주 소 |
|  |
| **신청인**(수임인) | 성 명 | 환자와의 관계 |
| 생년월일 (외국인등록번호)  | 연락처 |
| 주 소 |
|  |
| **의무기록열람** **및** **의무기록 및 서류발급** **범위** | **진료기간과 진료내용(부위, 상병명)**20 년 월 일 ~ 20 년 월 일까지의 내용 |
| **열람 및 사본 및 서류 발급 목적**□ 개인열람용 □ 보험회사제출용 □ 타병원 전원용 □ 관공서제출용 □ 기타 ( ) |
|  **진료(의무)기록 및 서류발급 신청**□ 진료확인서 □ 진료의뢰서 □ 진단서(일반/상해/후유장애) □ 향후진료비추정서□ 진료(의무)기록사본 □ 진료요약지 □ 제증명서 사본 □ 진료비영수증 □ 진료기록영상(Panorama / DCT 제공방법: ) □ 보험회사서류양식 (보험회사에서 받아오셔야 합니다)  |
| **일정과** **수령방법** | 년 월 일 오전 / 오후에 □ 직접 방문 □ 대리인 ( )이 수령 예정입니다. ※ 개인정보보호법에 의하여 우편, 팩스 수신은 불가합니다. |
| 환자본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인( )이 「의료법」 제21조 제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다. 년 월 일 본인(또는 법정대리인) (자필서명) |
| ※ 비고 : 환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다. 법정대리인은 환자 본인과 동일한 권한을 가집니다. (환자와의 관계 증빙필요) |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의 3서식] <개정 2017. 6. 21.> |  |
| **굿윌치과병원 진료기록 열람 및 사본발급 위임장** |
| **환자본인**법정대리인(위임인) | 성 명 |
| 생년월일 (외국인등록번호) | 연락처 |
| 주 소 |
|  |
| **신청인**(수임인) | 성 명 | 환자와의 관계 |
| 생년월일 (외국인등록번호)  | 연락처 |
| 주 소 |
|  |
| 본인(또는 법정대리인)은 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 신청인(수임인)에게 위임합니다.년 월 일환자본인(또는 법정대리인) (자필서명) |
| ※ 비고 : 환자 본인이 만 14세 미만의 경우 법정대리인은 위임장이 필요하지 아니하다.  (환자와의 관계 증빙필요) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **굿윌치과병원 진료기록 비밀보호 신청서** |
| **환자본인**법정대리인(위임인) | 성 명 |
| 생년월일 (외국인등록번호) | 연락처 |
| 주 소 |
|  |
|  |
| 본인(또는 법정대리인)은 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 사유로의료법 및 관계법령에서 정하지 아니한 본인 이외 어떤 사람(배우자 및 직계가족을 포함한 모든 이)에게도 개인 인적사항을 포함한 나의 진료(의무)기록을 공개하지 않을 것을 굿윌치과에 요청합니다.요 청 일 : 년 월 일 시 분환자본인(또는 법정대리인) (자필서명)확인(처리)일 : 년 월 일 부서 확인(처리)자 (자필서명) |
| ※ 비고 : 환자 본인이 만 14세 미만의 경우 법정대리인은 위임장이 필요하지 아니하다.  (환자와의 관계 증빙필요) |
|  |