

등록번호	
성명	
동의종류	<input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 시술 <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 마취

치료동의서

1. 환자의 현재 상태

진단명					
수술, 시술, 검사명					
참여 의료진	주치의 (집도의1)	<input type="checkbox"/> 전문의(전문과목:) <input type="checkbox"/> 일반의(진료과목:)			
	주치의 (집도의2)	<input type="checkbox"/> 전문의(전문과목:) <input type="checkbox"/> 일반의(진료과목:)			
시행예정일					
현(과거) 병력/투약 여부					
과거병력 (질병·상해 전력)		알레르기		심장질환 (심근경색증 등)	
특이체질		당뇨병		신장질환 (부종 등)	
고·저혈압		마약사고		호흡기질환 (기침·가래 등)	
복용약물		기도이상 유무		기타	
흡연여부		출혈소인			

2. 설명사항 (별지1 참조)

- 수술 목적 및 효과
- 수술과정 및 방법, 수술부위 및 추정 소요시간
- 발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법
- 수술방법의 변경 또는 수술 범위의 추가 가능성
- 수술 관련 주의사항

3. 수술재료 선택

연번	제품명	모델명	수량	가격

4. 진료비용

진료 단계	금액	지급일(지급기한)	비고(수술 날짜 등)
1차 수술	원	년 월 일	년 월 일
2차 수술	원	년 월 일	년 월 일
진료비 총액	원	년 월 일	년 월 일

5. 수술 후 책임관리기관

※ 책임관리기간은 소비자분쟁해결기준에 따라 다음과 같이 합니다.

- ① 책임관리기간은 수술 완료 후 1년(년 월 일)까지 입니다.
- ② 수술이 성공적이기 위해서는 수술 완료 후에도 정기적인 관리가 필요하므로 책임관리기간 내에는 (유료/무료) 정기 검진이 요구됩니다.
- ③ 책임관리기간 내 별도 미청구 사유는 별지와 같습니다. (별지2 참조)
- ④ 다만, 책임관리기간 이내라도 별지3에 명기된 사유로 재수술이 필요하거나 부작용, 합병증이 발생한 경우 의사는 그에 상응하는 별도 비용을 청구할 수 있습니다. (별지3 참조)

본인은 의사로부터 본인(또는 환자)의 수술 목적 및 효과, 과정, 예상되는 합병증, 후유증 등에 대해 설명(첨부된 경우 별지 포함)을 들었으며, 정확한 진단은 수술 과정에서 가능하므로, 수술 중에 환자의 상태에 따라 치료 계획이 변경될 수 있음을 고지 받았습니다. 또한 본 동의서 제1조의 '환자의 현재상태'에 대해 성실히 고지하였으며 이에 따른 수술을 하는데 동의합니다.

년 월 일

환자명(대리자명) :

(서명 또는 날인)

담 당 의 사:

(서명 또는 날인)

*대리인이 서명하게 된 사유

환자가 신체적·정신적 장애로 인하여 약정 내용을 이해하지 못하거나, 미성년자인 경우

기타 _____

*의사는 본 동의서에 별지를 첨부하여 상세한 설명을 할 수 있으며, 환자(또는 대리인)가 본 동의서 사본을 원하는 경우 이를 교부합니다.

첨부. 별지1 1부.

별지2 1부.

별지3 1부. 총 3부.