등록번호 :	
성 명 :	성 별 :
생년월일 :	
진 료 과 :	

진료의뢰 · 회송환자 전원동의서
개인정보 제공 동의서

☐ 진료의뢰 정보제공 ☐ 진료회송 정보제공 ☐ 원격협력진료 정보제공 ※ 해당란에 ☑ 표기

위 환자(보호자)는 의사( )로 부터 전원에 대한 충분한 설명을 듣고 이해하였으므로 전원에 동의합니다.

<개인정보 제공 동의>

○ 개인정보를 제공받는 자
- 진료의뢰·회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단

○ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수행

○ 제공하는 개인정보의 항목 : 성명, 연락처

○ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년

○ 개인정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음

상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제17조에 따른 개인정보 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

<민감정보 제공 동의>

○ 민감정보를 제공받는 자
- 진료의뢰·회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단

○ 민감정보를 제공받는 자의 민감정보 이용 목적
- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수행

○ 제공하는 민감정보의 항목
- 상병명, 환자상태 및 의뢰(회송)사유, 진료기록부·혈액검사 결과·영상자료 등 진료기록자료

○ 민감정보를 제공받는 자의 민감정보 보유 및 이용 기간 : 5년

○ 민감정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음

상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제23조에 따른 민감정보 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

<고유식별정보 제공 동의>

○ 고유식별정보를 제공받는 자
- 진료의뢰·회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단

○ 고유식별정보를 제공받는 자의 고유식별정보 이용 목적
- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수행

○ 제공하는 고유식별정보의 항목 : 주민등록번호, 외국인등록번호

○ 고유식별정보를 제공받는 자의 고유식별정보 보유 및 이용 기간 : 5년

○ 고유식별정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음

상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제24조 및 제24조의2에 따른 고유식별정보 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

성 명 : (서명 또는 인)

환자와의 관계 :