진료의뢰환자 개인정보 제공 동의서(시범사업용)

요양기관명: _____ **의뢰의사:** _____

<table>
<tr><td rowspan="6">진료
의뢰
동의</td><td>정보를 제공받는 자</td><td colspan="2">1) 진료의뢰 의료기관(세브란스병원)
2) 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단</td></tr>
<tr><td>정보를
제공받는 자의
정보 이용 목적</td><td colspan="2">1) 의뢰환자 진료
2) 의료기관간 원격협력진료, 진료의뢰・회송 시범사업 수행</td></tr>
<tr><td rowspan="3">제공하는 정보항목</td><td>개인정보</td><td>성명, 연락처(보호자 연락처 포함)</td></tr>
<tr><td>민감정보</td><td>상병명, 환자상태, 진료기록부・혈액검사결과・영상자료 등 진료기록자료</td></tr>
<tr><td>고유식별정보</td><td>주민등록번호, 외국인등록번호</td></tr>
<tr><td>정보를
제공받는 자의
보유 및 이용기간</td><td colspan="2">5년</td></tr>
<tr><td>동의 거부 시
제한사항</td><td colspan="2">환자(보호자)는 병・의원간 정보제공 동의를 거부할 수 있습니다.
단, 동의를 거부하는 경우 요청한 환자정보가 병・의원에 제공되지 않으며,
그 외 별도의 불이익은 없습니다.</td></tr>
<tr><td colspan="3">상기 내용을 확인하였으며,

「개인정보보호법」 제17조에 따른 개인정보 제공 동의 ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
「개인정보보호법」 제23조에 따른 민감정보 제공 동의 ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
「개인정보보호법」 제24조 및 제24조의2에 따른 고유식별정보 제공 동의
☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음</td></tr>
<tr><td>회신
동의</td><td colspan="3">본인은 진료연계를 위한 진료기록의 내용확인이나 진료경과 소견 요청이 있는 경우 상기 진료의뢰의사에게 전화, 우편, 이메일 팩스, 온라인 진료정보공유 시스템 등의 방법을 통하여 세브란스병원의 진단명 및 수진이력, 검사결과, 투약내역, 수술내역, 퇴원기록, 결과회신 등을 포함한 진료정보(과거 및 타 진료과 진료정보 포함)를 제공하는 것에 동의 합니다.
・진료정보를 제공받는 의사의 정보보유 및 이용기간: 5년
・ 환자는 진료정보제공 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의 거부 시 요청한 진료정보는 제공되지 않습니다.
☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음</td></tr>
</table>

년 월 일

환자명: 생년월일:

동의인(☐ 환자, ☐ 법적 대리인) 이름 : (서명 또는 인)

법적 대리인의 경우 환자와의 관계 :