

본인은 _____ 병의원(기관) _____ 의사에게
진료연계를 위한 진료기록의 내용 확인이나 진료경과 소견 요청이 있는 경우
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 제공 되지 않습니다.
- 환자 성명:
- 환자 주민등록번호 앞6자리:
- 환자 성별: ☐남 ☐여
- 환자 전화/휴대폰 번호:

20 년 월 일

동의인: ☐환자 ☐법정대리인(환자와의 관계: _____) 성명 _____ (서명)