

미성년자 수술(시술) 동의서

I. 본인(수술 받는 사람)

성 명 : _____ (인)

연 락 처 : _____

생년월일 : _____

주 소 : _____

II. 보호자(법정대리인)

성 명 : _____ (인)

연 락 처 : _____

환자와의 관계 : _____

생년월일 : _____

주 소 : _____

III. 내용

본인(또는 법정대리인)은 상기 환자()의 보호자로서 아래와 같은 내용을 충분히 이해하였기에 수술(시술) 받는 것에 동의합니다.

- 아 래 -

1. 환자의 상태, 시행될 수술(시술), 마취의 성격과 효과, 발생할 수 있는 위험성 및 합병증에 대하여 충분히 설명을 들었으며, 상담 시와 수술(시술)동의 시 자율적인 판단으로 방해할 요소가 없었음을 확인합니다.
2. 환자의 보호자로서 수술(시술)의 진행 과정에 대한 일체의 권한을 환자 본인에게 위임하고, 주치의의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 확인합니다.
3. 수술(시술)동의서 작성 및 기타 수술(시술)을 받는 데에 필요한 모든 절차나 과정, 또는 필요한 서류에 서명/날인 하여 동의하는 권한 및 책임을 환자 본인에게 위임합니다.
4. 이 문서가 본인 또는 법정대리인에게 충분히 설명되었으며, 허위 없이 기재되었음을 인정하며 법정대리인(보호자)의 서명 효력을 인정합니다.

20 년 월 일

첨부서류 : 법정대리인(보호자) 신분증 사본, 가족관계 증명서 보호자 : _____ (인)
환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.



HALF CLINIC
하프클리닉의원