

Согласие на просмотр и получение копии медицинских документов

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

Пациент (환자본인)	ФИО (성명)		Номер телефона (연락처)	
	Номер паспорта (номер ID карты) (생년월일, 외국인등록번호)			
	Адрес (주소)			
Заявитель (신청인)	ФИО (성명)		Кем Вы являетесь пациенту (환자와의 관계)	
	Номер паспорта (номер ID карты) (생년월일, 외국인등록번호)		Номер телефона (연락처)	
	Адрес (주소)			
Просмотр и выдача копии (열람 및 사본발급 범위)	Название больницы (의료기관명칭)			
	Период лечения (진료기간)			
	Основание для быдачи документа (발급사유)			
	Нужные документы(Пацнент сам заполняет.) (발급범위)			
	Пример) копия медицинских документов, копия рецепт, копия протокола операций, копия результатов анализов, радиологические исследования, копия записей медсестры, копия записей родильного отделения, копия заключения врача, копия свидетельства о смерти и т.д.			
Пациент(доверитель) согласен на просмотр и выдачу копии медицинских документов заявителю() в соответствии с Медицинским Законом Статьи No.21 пункта 3 и Статьи No.13 пункта 3.				
_____ год _____ месяц _____ день Пациент(доверитель) (подпись)				

* В случае, если пациент не достиг 14 лет, оформление документов разрешается его законному представителю(опекуну).