

가정간호 동의서 (환자 · 보호자)

요양원명		환자성명		성별/연령	/
주민번호			입소날짜		
진 단 명			주치의		

1. 본인은 본인에게 제공될 가정간호 및 환자권리에 대하여 설명을 들어 이해하고, 이에 필요한 처치와 간호를 받기를 동의합니다.
 2. 본인에게 제공된 처치 및 간호에 대하여 청구된 비용을 지불할 것을 인정하고 동의합니다.
 3. 본인에게 제공된 서비스내용과 관련하여 건강보험 청구등 개인정보활용에 동의합니다.
 4. 나 (또는 환자)에 대한 가정간호 환자 상태 및 특이사항, 가정간호 이유/목적/필요성, 과정 및 방법, 본원 의사의 서면 처방 내용 수행, 간호사의 권고에 반하여 납득할 만한 사유 없이 방문횟수를 줄여 야기되는 문제에 대한 책임, 발생 가능한 합병증 및 부작용, 문제발생 시 대처방안, 주의사항에 대한 설명을 주치의와 가정전문간호사로부터 들었음을 확인합니다.
- 4-1. 가정방문 간호 도중에 야기될 수 있는 합병증 또는 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수 있다는 점을 4번의 설명으로 이해했음을 확인합니다.

년 월 일

환자성명 : (인)

보호자성명: (인)

(보호자연락처:)

환자와의 관계 :

보호자와 유선통화 확인함. 년 월 일 요양원관계자1) (인)

요양원관계자2) (인)

주 소 :		환자주요정보 (알레르기 유 · 무, L-tube, Foley Cath, 최근 수술여부등..)
전화 번호 :		
비상연락처:		
비고		

푸른의원

의사방문요청서

의료기관	기관명	푸른의원		
	의사		전화	042) 541-8275
	주소	대전광역시 중구 천근로 40, 2층		

방문요청 대상자	성명 주민번호			
	전화			
	주소			

특이사항				
------	--	--	--	--

의료법 제33 조 제2호의 규정에 의하여 위와 같이 의사 방문 요청을 신청합니다.

년 월 일

신청인 :

(서명 또는 인)

방문요청 대상자와의 관계 :

comment

푸 른 의 원