

✓ 체크 부분을 작성 후 번호표를 뽑아주세요.

병록번호		성명	
------	--	----	--

개인정보 수집 및 이용 동의서

경기도의료원 파주병원은 「개인정보 보호법」에 의거하여 아래와 같이 수집·이용 동의를 받고 있습니다.

1. (선택) 개인정보 수집 · 이용 동의

수집·이용 목적	개인정보 항목	보유기간
[서비스 홍보] ○ 예방접종 안내 ○ 최신 진료정보 및 병원 소식 ○ 병원 이용 및 새로운 서비스 안내 ○ 병원 각종 소식지 등 안내문자 전송	성명, 휴대전화번호, 이메일	5년
○ 귀하는 개인정보 수집·이용에 대하여 동의를 거부할 수 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 병원에서 제공하는 예방접종 안내, 최신 병원 소식 등 안내 서비스를 받을 수 있습니다.		

✓ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 데 동의하십니까? (선택) (☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음)

※ 고지사항 : 「개인정보 보호법」 제15조제1항제2호에 따른 법령에 의거하여 개인정보를 수집·이용을 하고 있습니다.

개인정보 처리사유	개인정보 항목	수집·이용 근거	보유기간
○ 진료서비스 (환자등록, 진료 및 입원관리, 진료상담, 진단 및 치료 등)	성명, 병록번호, 성별, 나이, 주소, 연락처(전화번호, 휴대전화번호)	의료법 제22조(진료기록부 등), 제23조(전자기록), 의료법 시행규칙 제14조(진료기록부의 기재사항), 국민건강보험법 제52조(건강검진) 등	「의료법」 시행규칙 제15조(진료기록부 등의 보존) 등
○ 원무서비스 (진료비 청구, 수납, 환급 등)	주민등록번호(외국인: 외국인등록번호/여권번호)	의료법 시행령 제42조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리), 국민건강보험법 시행령 제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)	(병원은 계속적인 진료를 위하여 진료정보에 대해서 1회에 한하여 보존기간을 연장하여 보존)
○ 증명서발급서비스 (제증명 발급 등)	민감정보 : 주된 증상(병력, 가족력), 진단결과, 치료내용, 진료일시, 건강검진자료 등		
○ 건강검진 관련 서비스			

2. (선택 : 대리인) 만 14세 미만 아동인 경우, 반드시 법정대리인의 동의가 필요합니다.

대리인의 성명	(인/서명)	대리인 서명 사유	☐ 만14세 미만 아동(법정대리인) ☐ 환자의 거동불편 ☐ 의사불명 ☐ 기타 : _____
대리인의 연락처			
대리인과의 관계			

✓ 202 년 월 일

✓ 본인 또는 (법정)대리인 : (인/서명)