

| | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 병록 번호 | 진료과 |
| 성명 | 성별/ 나이 |
| <input type="checkbox"/> 외래 | <input type="checkbox"/> 병동/병실 |

건강보험(의료급여) 비급여 사용 동의서 (100% 전액 본인부담)

외래진료, 입원기간 중 본인은 현행 건강보험 요양급여 기준상 보험으로 인정되지 않은 진료행위(수술, 시술, 검사)나 약제, 각종 치료재료를 치료목적으로 사용시 주치의의 선택을 존중하며 아래의 항목에 대한 법정 비급여 사용에 대하여 동의합니다.

- 두경부 MRI : 의학소견상 건강보험기준에 해당하지 않는 검사 (보건복지부고시2019-77호)
- 초음파 : 상복부,하복부,비뇨기계,남성생식기,여성생식기 에 해당하지 않는 초음파검사 (보건복지부고시2018-314호, 2019-185호,2020-15호)
- 외래진료, 입원 기간 중에 사용할 주사(영양제 및 항생제) 및 치료재료대 중 요양급여로 청구되지 않는 비급여 일부 항목
- 건강보험에서 인정되는 진료행위이지만 급여 혜택이 없는 법정 비급여 항목
- 기타 _____

위와 같이 법정비급여 사용 동의 항목에 대하여 어떠한 민원도 제기하지 않겠으며, 이에 따른 비용은 건강보험과 관계없이 본인이 전액 부담할 것을 동의합니다. 또한 이의제기시 본 동의서를 민원 취하서로 대치하겠습니다.

20 년 월 일 시 분

- 담 당 의 사 (설 명 의 사) : _____ 서명
- 환자성명(또는 대리인 성명) : _____ 서명 (관계: _____)
- 연락처 ① _____ ② _____

| | |
|---|--|
| <p>보호자가 서명하게 된 사유</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 환자본인이 보호자에게 동의권을 위임함 <input type="checkbox"/> 환자의 신체 정신적인 장애로 인하여 설명내용에 대하여 이해하지 못함 <input type="checkbox"/> 미성년자로서 설명내용에 대하여 이해하지 못함 <input type="checkbox"/> 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것으로 생각됨 <input type="checkbox"/> 기타(환자의 의식이 없고 보호자와 연락이 되지 않는 경우) <input type="checkbox"/> 전화동의(환자의 의식이 없고 환자보호자 현장 부재 시) | <p>보호자 개인정보 수집이용 동의</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 서명 - 개인정보의 수집 이용 목적 : 환자상태에 대한 연락 - 수집하려는 개인정보의 항목 : 전화번호 - 개인정보의 보유 및 이용기간 : 진료기록의 보유기간과 동일 - 귀하는 개인정보의 수집 이용에 동의를 거부할 수 있으며, 동의거부 시 환자상태 변화로 인한 긴급한 연락이 되지 않을 수 있습니다. 이점 양지하시기 바랍니다. |
|---|--|

- ※ 상세 추가사항은 별지로 추가 가능합니다.
- ※ 환자(또는 대리인)는 이 동의서 또는 별지 사본에 대한 교부를 요청할 수 있으며 단, 동의서 또는 별지 사본교부 시 소정의 수수료가 발생합니다.